Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 M, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. v. Seitz, München. Dr. v. Winckel, München.

№ 1. 5. Januar. 1892. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 39. Jahrgang.

Originalien.

Aus der k. Universitäts-Frauenklinik in Erlangen.

Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft in den späteren Monaten der Gravidität.

Von Prof. Dr. *R. Frommel.*

Die Casuistik der Extrauteringravidität ist in den letzten Jahren in ganz gewaltiger Weise angewachsen, so dass man beinahe Anstand nehmen möchte, einige weitere Fälle zu veröffentlichen. Trotzdem ist gerade auf diesem Gebiete noch Manches aufzuklären, und ist es darum immerhin wünschenswerth, dass genau beobachtete Fälle in ihrem ganzen Verlaufe bekannt werden. In die Erlanger Klinik brachte die Duplicität der Fälle in einer Woche des vergangenen Sommersemesters 2 Fälle von Extrauterinschwangerschaft, welche zu operativen Eingriffen Veranlassung gaben. Ich lasse zunächst eine Beschreibung der beiden Fälle folgen:

I. Frau E., Bauersfrau, 36 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und ist seit ihrem 17. Jahre regelmässig und ohne wesentliche Beschwerden menstruirt. Die letzten Menses traten Ende Mai oder Anfangs Juni 1890 auf. Patientin hat 3 mal spontan entbunden und ist mit Ausnahme einer Unterleibsentzündung nach ihrer ersten Entbindung niemals krank gewesen. Frau E. hielt sich, nachdem die Menses Ende Mai ausgeblieben waren, für schwanger, und gibt an, dass während der ganzen Gravidität nicht die mindesten Beschwerden aufgetreten seien, und die Schwangerschaft durchaus sich von den früheren in keiner Weise unterschieden habe. Dies sei auch so geblieben, bis am 21. März Morgens sich Wehen eingestellt hätten. Diese Wehenthätigkeit, welche „so wie immer im Anfange der Geburt" d. h. ziemlich schwach gewesen sei, hielt etwa 5 Stunden an, worauf sich allmählig ziemlich intensive, besonders in der Ileocöcal-Gegend stark auftretende Schmerzen einstellten und das Abdomen ziemlich empfindlich wurde. Diese Schmerzhaftigkeit des Abdomens hielt mehrere Tage an, und war von einer beträchtlichen Alteration des Allgemeinbefindens begleitet. Die Kranke fühlte sich sehr schwach und elend und bedurfte mehrerer Wochen, bis sie das Bett allmählig wieder verlassen konnte. Herr Dr. Roderus von Alerheim, welcher am 2. Tage nach Auftreten der Wehen gerufen worden war, stellte die Diagnose auf Extrauterinschwangerschaft fest und schickte die Kranke, nachdem sie das Bett wieder verlassen konnte, am 15. April in die Klinik nach Erlangen.

Patientin ist eine Frau von gracilem Körperbau, ziemlich gering entwickeltem Panniculus adiposus, und ist offenbar in der Ernährung stark heruntergekommen. Herz und Lungen ergeben keinen pathologischen Befund. Aus den schwach entwickelten Brüsten lässt sich etwas Secret ausdrücken. Das Abdomen ist kugelig aufgetrieben und entspricht die Ausdehnung etwa der der letzten Monate einer normalen Schwangerschaft. Der grösste Leibesumfang beträgt 97 cm. Der Leib ist straff gespannt und fühlt sich bei der Palpation überall gleichmässig resistent an. Gegen die Herzgrube zu und in den äussersten seitlichen Partien links lässt sich durch die Percussion der Darm nachweisen, welcher den festen Tumor umgibt. Bei der prallen Spannung und ziemlich bedeutenden Härte des Tumor ist es nicht möglich, einzelne Theile durch die Palpation zu differenziren, so dass also von grossen oder kleinen Kindstheilen Nichts nachweisbar erscheint. Herztöne oder Uteringeräusch sind ebensowenig nachzuweisen. Vaginalschleimhaut aufgelockert, leicht bläulich verfärbt. Vaginalportion etwas weich aufgelockert, der Cervix bequem für 1 Finger durchgängig, so dass es bei der combinirten Untersuchung leicht gelingt, in den stark nach links verdrängten Uterus den Finger einzuführen und die ziemlich vergrösserte Uterus-Höhle auszutasten. Der leicht tastbare Uterus ist etwa um das Doppelte seiner Norm vergrössert und vom Tumor, welcher bis an den Beckeneingang herabreicht, nach der linken Beckenwand hin verdrängt. Die linken Anhänge mit dem normalen Ovarium lassen sich deutlich abtasten. Von der rechten Kante des Uterus geht ein breiter, kurzer Strang auf den Tumor über, ein Ovarium ist auf dieser Seite nicht nachweisbar. Der die Uterus-Höhle abtastende Finger bringt mit reichlichem Blute ziemlich ausgedehnte Gewebsfetzen zurück, welche durch die mikroskopische Untersuchung zweifellos als Graviditäts-Decidua bestimmt werden können.

Die Diagnose lautete, diesem Befunde entsprechend, auf Extrauterinschwangerschaft, welche wahrscheinlich in der rechten Tube, eventuell dem rechten Ovarium ihren Sitz hat.

Nach der Anamnese wird angenommen, dass am 20. März mit dem Auftreten von Wehen die Frucht abgestorben ist, wofür auch der Umstand spricht, dass nach Angabe der Patientin seit diesem Tage Kindsbewegungen von ihr nicht mehr gefühlt worden sind. In Anbetracht des Umstandes, dass Patientin in letzter Zeit hochgradig herabgekommen war und über permanente Schmerzen im Abdomen klagte, wird beschlossen, die Laparotomie vorzunehmen und, wo möglich, den Fruchtsack zu exstirpiren.

Operation am 24. April 1891. Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba in einer Länge von etwa 30 cm. Nach Durchtrennung der sehr dünnen Bauchdecken wölbt sich in die Bauchwunde ein blass-röthlich gefärbter Tumor herein. Aus dem unteren Theile der Bauchwunde quillt eine grosse Menge schwarz-bräunlicher Flüssigkeit hervor, welche aus coagulirtem Blut und reichlichem Mekonium besteht und nicht übelriechend ist. Der ganze Tumor ist grösstentheils mit dem parietalen und visceralen Blatte des Peritoneums verklebt, doch lassen sich die Verklebungen gegen die vordere Bauchwand zu leicht mit der Hand loslösen. Dabei zeigt sich nun, dass der Fruchtsack nach der linken Seite hin und nach unten geborsten ist, und aus demselben der Kopf des Kindes nebst einer Hand in die Bauchhöhle hereinragt. In der Umgebung desselben finden sich noch etwa ³/₄ Liter derselben aus Mekonium und Cruor bestehenden Flüssigkeit, wie sie zum Theil bereits durch die Bauchwunde abgeflossen war. Um den Tumor aus der Bauchwunde herauswälzen zu können, wird zunächst das vollkommen ausgetragene Kind durch die Risswunde im Fruchtsack entbunden und abgenabelt, die Placenta jedoch im Fruchtsack zurückgelassen. Nachdem dadurch der Tumor bedeutend verkleinert war, lassen sich nunmehr auch die Verklebungen zwischen der hinteren Wand des Tumor und zahlreichen Darmschlingen manuell und ohne nennenswerthe Blutung lösen, und der Tumor kann aus der Bauchwunde herausgewälzt werden. Der Fruchtsack hing durch einen 9—10 cm breiten und 4—5 cm dicken Stiel mit der rechten Kante des Uterus zusammen, und wird der Stiel von der Tube, welche langgestreckt auf dem Tumor verläuft, und vom Lig. latum gebildet. Das Ligam. rotund. geht unmittelbar unter dem Tubenansatz am Uterus ab und ist kaum in den Bereich des Stieles mit einbezogen. Ein Ovarium konnte nicht gefunden werden. Durch eine grössere Anzahl von Ligaturen wird nun der Stiel abgebunden und abgetragen. Aus dem Tumor hatte sich während der Operation noch eine grössere Menge von Blut und Mekonium in die Bauchhöhle entleert, welche nach Möglichkeit mit sterilisirten Gaze-Servietten aufgetaucht und entfernt wurden. Schliesslich wurde noch ein Jodoformgaze-Streifen hinter den Uterus in das Becken heruntergeführt und durch den unteren Winkel der Bauchwunde herausgeleitet. Darauf wird die Bauchwunde bis auf den untersten Winkel geschlossen.

Das durch die Operation zu Tage geförderte Kind ist weiblichen Geschlechts, vollkommen ausgetragen und nur in geringem Maasse macerirt. Der Fruchtsack selbst besitzt eine vollkommen glatte Oberfläche, auf welcher in einer Ausdehnung von 17 cm die Tube verläuft. Dieselbe lässt sich in dieser ganzen Ausdehnung leicht unter Leitung einer Sonde aufschneiden und geht schliesslich plötzlich in die Eihöhle über, so dass an der betreffenden Stelle man sofort auf Placentar-Gewebe stösst. Bemerkenswerth erscheint noch, dass die Placenta einen ausserordentlich grossen Theil, nemlich etwa die Hälfte der Innenfläche des Fruchtsackes einnimmt.

[1]) Nach einem am mittelfränkischen Aerztetag gehaltenen Vortrag.

Der Verlauf war ein ausserordentlich glatter. Nur an den beiden ersten Tagen traten leichte Temperatursteigerungen bis 38,2 ein, von da an war die Temperatur normal und der Puls ruhig. Durch den in die Bauchhöhle eingelegten Jodoformgaze-Streifen wurde eine sehr erhebliche Menge stark blutiger Flüssigkeit in den nächsten Tagen nach aussen entleert, so dass ein häufiger Verbandwechsel nothwendig war. Am 4. Tage wurde der Gaze-Streifen entfernt und durch einen Jodoform-Docht ersetzt, welcher erst nach weiteren 3 Tagen und nach Aufhören der Secretion entfernt wurde. Die Patientin stand am 14. Tage nach der Operation auf und wurde nach weiteren 8 Tagen in gutem Wohlbefinden entlassen.

II. Frau St. 31 Jahre alt, ist seit ihrem 13. Jahre ziemlich regelmässig, aber schwach menstruirt und hat 2 spontane Geburten mit normalem Wochenbett durchgemacht. Ausser den üblichen Kinderkrankheiten ist im 12. Lebensjahre eine Erkrankung an Variola und im 21. Jahre ein Abdominaltyphus zu verzeichnen. Die letzten Menses traten am 25. Juni 1890 auf, und war die Patientin des Glaubens, dass sie schwanger sei. Die Gravidität blieb ungestört, bis Ende October ausserordentlich heftige Beschwerden auftraten, welche während der ganzen Folgezeit in kurzen Pausen anfallsweise wiederkehrten und die Kranke mit kurzen Unterbrechungen fast beständig an das Bett fesselten. Die Anfälle bestanden in ausserordentlich heftigen kolikartigen Schmerzen im Abdomen, zeitweisen Ohnmachtsanfällen (besonders beim Versuch, das Bett zu verlassen), Harn- und Stuhldrang, Erbrechen u. s. w. Dieser Zustand dauerte bis Ende April, und wurde die Kranke, da ärztlicher Seits ein Tumor neben dem Uterus constatirt wurde, von Herrn Dr. Lang in Bamberg der Klinik überwiesen.

Frau St. ist eine ziemlich kleine, stark abgemagerte und sehr elend aussehende Frau mit kleinem, etwas frequentem Puls. Die Körpertemperatur bewegt sich in subfebrilen Grenzen. Brüste ziemlich schlaff, Warzenhof gebräunt, etwas Colostrum sickert spontan aus. Das Abdomen etwa dem 8. Monat der Gravidität entsprechend ausgedehnt, grösster Umfang 92 cm. Der Tumor, welcher nach oben und den beiden Seiten durch den Darm begrenzt ist, liegt mit seiner grösseren Hälfte in der rechten Seite des Abdomens, während nach links und unten mit dem Fundus, den Beckenrand stark überragend, der bedeutend vergrösserte Uterus palpirt werden kann, welcher der vorderen Wand des Tumor platt aufliegt. Auch in diesem Falle war der Tumor derartig prall, dass es nicht möglich war, Theile der Frucht mit Sicherheit nachzuweisen, höchstens machte es auf der rechten Darmbeinschaufel den Eindruck, als ob ein grosser Theil zu fühlen wäre. Trotz sorgfältiger, mehrere Tage lang wiederholter Untersuchungen war es nicht möglich, Herztöne oder Uteringeräusche nachzuweisen. Bei der inneren Untersuchung fand sich der Cervix geschlossen und der Uterus stark nach links verdrängt durch den tief in das Becken herunterreichenden, der rechten Kante des Uterus enganliegenden Tumor.

Dieser Befund konnte im Zusammenhang mit der Anamnese nicht wohl anders gedeutet werden, als eine ziemlich weit vorgeschrittene Extrauterinschwangerschaft, von der allerdings nicht mit Sicherheit zu sagen war, ob es sich dabei um ein lebendes oder bereits abgestorbenes Kind handelte. Decidua oder Blut war noch nicht abgegangen und der Uterus noch derart vergrössert, dass eine abgelaufene Schwangerschaft nicht mit Sicherheit anzunehmen war. Die ausserordentlichen Beschwerden der Kranken nebst dem sehr reducirten Ernährungszustand liessen eine operative Beseitigung des Tumor erwünscht erscheinen.

Operation am 6. Juni 1891. Die Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba wird zuerst in den mittleren Partien derselben vorgenommen, worauf sich der dunkelrothgefärbte Tumor aus der Bauchwunde vorwälzt. Derselbe war mit der vorderen Bauchwand verklebt und wurde mit dem Bauchschnitt trotz aller Vorsicht an einer ganz kleinen Stelle angeschnitten. Es entleerte sich eine stark gelblich gefärbte, ziemlich klare Flüssigkeit in hohem Bogen. Nachdem die Bauchwunde nach oben hin noch etwas verlängert worden war, kann man nun zunächst erkennen, dass quer über die Partie des Tumor das Colon verlief, dessen Mesenterium von dem Tumor selbst in grosser Ausdehnung entfaltet war. Der ganze Tumor lag also vollständig subserös und hatte nach Entfaltung des Ligam. latum auch das Mesenterium des Dickdarms entfaltet. Die Mesenterialgefässe verliefen ausserordentlich stark ausgedehnt und prall gefüllt über die ganze obere und vordere Fläche des Tumors herüber. Der Uterus lag, dem subserösen Sitz des Tumors entsprechend, dem letzteren platt auf und es liess sich die Tube etwa 12 cm auf dem Tumor verfolgen. Das abdominale Ende derselben war nicht nachweisbar. Es wurde nun zunächst ein Versuch gemacht, den Tumor trotz des subserösen Sitzes zu enucleiren, und zu diesem Behufe das Mesenterium des Colon in grösserer Ausdehnung durchschnitten und die Gefässe unterbunden. Dabei zeigte sich aber, dass einerseits die Wand des Fruchtsackes eine ungemein dünne und brüchige war, so dass dieselbe bei jedem Versuch, mit den Fingern weiter vorzudringen, einriss, und andererseits, dass die Placenta gerade an die Stelle heranreichte, an welcher das Colon dem Fruchtsack innig auflag. Jeder Versuch, in dieser Richtung vorzudringen, erregte eine ungeheure Blutung, welche zu umstechen bei der Nähe des Darmes eminent gefährlich erschien. Unter diesen Umständen musste der Versuch, den Fruchtsack zu exstirpiren, aufgegeben werden. Nun wurde der Fruchtsack an der Stelle, welche bereits angeschnitten war, eröffnet, und es fiel sofort eine pulsirende Nabelschnurschlinge vor. Infolge dessen wurde das Kind schleunigst entbunden und abgenabelt. Dasselbe begann bald nach einigen Wiederbelebungsversuchen, nachdem es zu Tage gefördert war, zu schreien. Die Lage der Frucht war derartig, dass der Kopf auf der rechten Darmbeinschaufel lag und etwas in das Becken hereinragte, während der Steiss links oben am Rippenbogen sich befand.

Nach Entfernung des Kindes trat aus dem Fruchtsack eine derartig foudroyante Blutung auf, dass im Nu das ganze Operationsfeld überschwemmt war und nichts Anders übrig blieb, als den Fruchtsack mit Jodoformgaze fest zu tamponiren. Es bedurfte einer sehr bedeutenden Menge von Gaze, um endlich die Blutung einigermassen zu beherrschen. Nunmehr wurde der Fruchtsack in den unteren Winkel der Bauchwunde eingenäht, was besonders dadurch schwierig war, weil die Fruchtsacköffnung bis unmittelbar an den Dickdarm heranreichte. Die oberste Nadel kam in Folge dessen dicht an den Darm zu liegen. Die Patientin wurde beinahe pulslos zu Bett gebracht, doch erholte sich die Herzthätigkeit bald soweit, dass an eine momentane Gefahr nicht zu denken war.

Das Kind, welches durch die Operation zu Tage gefördert wurde, war ziemlich schlecht entwickelt, zeigte eine Länge von 42 cm und ein Gewicht von 1880 g. Interessant ist der Umstand, dass am Kopfe desselben, und zwar am linken Seitenwandbein, also genau an der Stelle, an welcher der Kopf dem Beckeneingang auflag, eine tiefe Impression der ganzen Schädelseite vorhanden war. Es ist dies wohl nur durch die starke Raumbeschränkung im Fruchtsack zu erklären, durch welche der Schädel des Kindes stark gegen die seitliche Beckenwand angepresst wurde. Ausserdem zeigte dasselbe auf der rechten Seite eine ausgeprägte Contractur des Sternocleidomastoideus.

Der Verlauf des Falles war ein nichts weniger als glatter. Nach wenigen Tagen traten die deutlichsten Symptome einer Jodoformvergiftung in Form von hochgradiger psychischer Erregung, die sich bis zu maniakalischen Anfällen steigerten, sehr bedeutender Pulsfrequenz, heftigem Kopfschmerz, auf, und ergab die Untersuchung des Urins einen enormen Jodgehalt. In Folge dessen wurde am 5. Tage die Jodoformgaze durch sterilisirte Gaze ersetzt. Nunmehr begann die Kranke in den nächsten Tagen ziemlich beträchtlich zu fiebern und es entwickelte sich im Fruchtsack ein mehr und mehr zunehmender übeler Geruch. Da die Placenta sich spontan nicht von der Fruchtsackwand löste, musste schliesslich am 11. Tage nach der Operation die manuelle Entfernung der Placenta vorgenommen werden. Dabei kam es wieder zu einer äusserst bedrohlichen Blutung, die nur mit Mühe durch erneute Tamponade gestillt werden konnte. Mehrere Tage später wurde dann die Tamponade vorsichtig entfernt, wobei keine Blutung mehr eintrat, und nunmehr begann sich unter regelmässiger antiseptischer Spülung des Fruchtsackes derselbe allmählig mehr und mehr zu verkleinern und etwa in einem Zeitraum von 5 Wochen zu schliessen. Die völlige Heilung wurde jedoch noch nahezu 1/4 Jahr dadurch aufgehalten, dass in Folge einer secundären Bauchnaht im obersten Wundwinkel offenbar das Colon von der Nadel gefasst worden war, und eine Kotfistel sich bildete, welche sich erst nach 3 Monaten spontan schloss.

Das Kind wurde mit der Flasche mit sterilisirter Milch aufgezogen und gedieh bei sorgfältiger Pflege recht gut. Die ersten 6 Wochen wurde es in der Credé'schen Wärmewanne gehalten, während es später in den warmen Sommermonaten lediglich durch warme Kleidung vor zu starkem Wärmeverlust geschützt wurde. Dasselbe erreichte bis Anfang Oktober ein Gewicht von 3200 g und eine Länge von 49 cm. Leider acquirirte es, aus der Klinik entlassen, rasch bei ungenügender Nahrung einen Magen-Darmcatarrh und ging 14 Tage nach der Entlassung daran zu Grunde.

Die Betrachtung dieser beiden Fälle ist leicht geeignet, uns einen Einblick in die ausserordentliche Verschiedenheit einzelner Extrauterinschwangerschaften in anatomischer, klinischer und operativer Hinsicht zu gewähren. Im ersten Falle sehen wir zunächst, dass der Fruchtsack in Form eines gestielten Tumors in die Bauchhöhle hinein sich entwickelt hatte. Es ist sehr schwer, auch an dem ausgeschnittenen Präparate zu unterscheiden, ob es sich um eine Extrauterin-Gravidität handelt, welche im abdominalen Theil der Tube sich entwickelt hat, oder ob etwa eine Tuboovarial-Gravidität vorlag. Ein Ovarium konnte weder makroskopisch noch mikroskopisch durch zahlreiche Schnittpräparate nirgends nachgewiesen werden, dagegen ergibt die Untersuchung der Wand des Fruchtsackes im ganzen Umfange desselben eine starke Lage glatter Muskulatur, und es lässt sich nachweisen, dass die Tube, nachdem sie langgestreckt auf dem Fruchtsack sich verfolgen lässt, an der Stelle, wo sie äusserlich nicht mehr sichtbar ist, direct in den Fruchtsack übergeht, so dass die Annahme einer im abdominalen Ende der Tube entwickelten Extrauterinschwangerschaft immerhin am wahrscheinlichsten erscheint. Dass eine im abdominalen Ende der Tube entwickelte Gravidität am leichtesten zu einem gestielten Tumor sich ausbilden und auch am ehesten zu einer ausgetragenen Schwangerschaft führen wird, liegt bei den anatomischen Verhältnissen der Tube nahe. Dagegen sehen

wir in dem zweiten Falle, in welchem die Tube nur eine relativ kurze Strecke auf dem Fruchtsack zu verfolgen war und dann spurlos in denselben überging, das typische Bild einer intraligamentär entwickelten Tubengravidität. Von Interesse ist dabei und zwar nicht nur im anatomischen Sinne, dass in diesem Falle der Fruchtsack, nachdem er die Platten des Ligamentum latum entfaltet hatte, das Mesenterium des Dickdarms bei seiner Weiterausdehnung in so ausserordentlicher Weise auseinanderdrängte, dass der Dickdarm selbst der oberen Hälfte des Fruchtsackes in grosser Ausdehnung platt auflag. Dies Verhalten eines subserös entwickelten Tumors hat ja sonst nichts gerade Auffälliges, da wir dieselbe Erscheinung bei anderen subserös entwickelten Tumoren ebenfalls nicht gerade selten beobachten, aber in operativer Hinsicht ist es gerade bei diesen Fällen ein recht bemerkenswerther Vorgang, auf den wir noch zurückkommen werden. In klinischer Hinsicht ist die Ruptur des Fruchtsackes im ersteren Falle bemerkenswerth. Wir fanden, wie oben erwähnt, den Fruchtsack an seiner linken Wand geborsten und den Kopf des Kindes nebst einer oberen Extremität im Begriffe, in die Bauchhöhle auszutreten. Die letztere war mit einer bedeutenden Menge einer aus Meconium und coagulirtem Blute bestehenden breiigen Flüssigkeit erfüllt. Wann in diesem Falle die Ruptur eingetreten ist, ist schwer zu sagen, doch ist immerhin mit einiger Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass unmittelbar nach dem Fruchttode Expulsionsbestrebungen von Seiten der stark muskulösen Fruchtsackwand auftraten, welche zur Berstung der letzteren führten. Dass unter diesen Umständen die Gefahr einer Zersetzung dieser in die Bauchhöhle ausgetretenen Massen, sowie des Fruchtsackinhaltes eine sehr grosse war, ist kaum zu bezweifeln. Wie gross diese Gefahr bei solch spontan verlaufenden Fällen von Extrauterin-Gravidität ist, hat erst in jüngster Zeit Schauta[2]) in seiner mit ausserordentlichem Fleisse zusammengetragenen statistischen Zusammenstellung überzeugend nachgewiesen. Allein nicht nur die Zersetzung des Fruchtsackes und die damit verbundenen Gefahren drohen solchen Kranken, sondern auch die Gefahr der Verblutung. Denn ebensogut als die Sackwand in diesem Falle an einer Stelle geborsten ist, an welcher die Placenta nicht aufsass, hätte der Riss auch in die Placentarstelle hinein sich ausdehnen können. Dass unter diesen Umständen eine schwere Blutung auch bei ausgetragener Schwangerschaft möglich ist, ist durch mehrere Fälle in der Literatur nachgewiesen. Ich möchte bei dieser Gelegenheit auf eine Beobachtung hinweisen, die ich bei meinen 4 Laparotomien wegen Extrauterinschwangerschaft in der 2. Hälfte der Gravidität jedesmal machen konnte, dass nemlich die Placenta jedesmal einen relativ sehr grossen Theil der Fruchtsack-Innenfläche einnimmt. So lässt sich z. B. bei dem erstbeschriebenen Falle an dem exstirpirten Fruchtsack erkennen, dass die Placenta nahezu $^2/_3$ der Innenfläche des Fruchtsackes einnimmt. Unter diesen Umständen erscheint die Wahrscheinlichkeit, dass bei Berstung des Fruchtsackes der Riss sich in einen Theil der Placenta hineinfortsetzt, nur um so grösser. Diese Momente werden daher bei der Indicationsstellung zur Laparotomie sehr wesentlich zu berücksichtigen sein. Was bei dem ersten Falle in klinischer Beziehung noch hervorzuheben ist, das ist die fast vollständige Symptomlosigkeit der bestehenden Extrauterinschwangerschaft vor dem Fruchttode. Die Kranke gab mit grosser Präcision an, dass sie bis zum Auftreten der ersten Wehen nicht die mindesten Beschwerden wahrgenommen habe, welche sich etwa von denen ihrer vorausgegangenen uterinen Schwangerschaften unterschieden hätten. Ich glaube, man kann das sehr wohl auf die Entwickelung des Fruchtsackes in die freie Bauchhöhle hinein zurückführen, durch welche eine besondere Raumbeschränkung ebensowenig eintrat als bei uteriner Gravidität. Dem gegenüber ist bei intraligamentärer Schwangerschaft im zweiten Falle schon nach ein paar Monaten während der Gravidität eine solche Menge von Schmerzen beobachtet worden, dass die Frau grösstentheils bettlägerig war, und dass gerade diese Beschwerden sie veranlassten, vor Ablauf der Schwangerschaft ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dass hier diese Beschwerden auf die allmählige Ausdehnung des breiten Mutterbandes, sowie insbesondere auf die Entfaltung des Mesocolon zurückzuführen sind, dürfte kaum einem Zweifel unterliegen.

Was nun den Verlauf der Operation bei den beiden Fällen anbelangt, so bietet derselbe in vielfacher Beziehung die grössten Verschiedenheiten dar. Dass es unter allen Umständen das idealste bei ectopischer Schwangerschaft ist, den ganzen Fruchtsack und damit alle weiteren Gefahren für die Frau zu entfernen, ist unzweifelhaft. Werth[3]) hat geradezu den Ausspruch gethan, man solle eine Extrauterinschwangerschaft wegen ihrer hohen Gefahren für die Frau als ein bösartiges Neoplasma betrachten und die vollständige Exstirpation des Fruchtsackes unter allen Umständen versuchen, und zahlreiche andere Autoren, wie Olshausen[4]) Breisky, Schauta u. A. haben diese Ansicht acceptirt und in zahlreichen Fällen darnach gehandelt. Die Frage ist nur die, ob sich die vollständige Entfernung des Fruchtsackes in jedem Falle ausführen lässt. Darüber kann in allen denjenigen Fällen kein Zweifel sein, in welchen der Fruchtsack mehr oder weniger gestielt in die Bauchhöhle hineinragt, oder wo sich wenigstens bei der Operation ein Art Stiel bilden lässt, mit dessen Abbindung die vollständige Entfernung des Fruchtsackes gelingt. So wurde auch in unserem ersten Falle verfahren und die Operation bot kaum nennenswerthe Schwierigkeiten, wie auch der Verlauf ein ausserordentlich glatter war.

Eine andere Frage ist es, wie man sich bei intraligamentärer Entwickelung der Extrauterinschwangerschaft verhalten soll, bei welcher von einer Abbindung und Abtragung des Tumors selbstverständlich keine Rede sein kann. Werth hat seiner Zeit diese Fälle von Extrauterinschwangerschaft als für die totale Entfernung wenig günstig bezeichnet, wenigstens in allen den Fällen, in denen die Schwangerschaft einigermassen vorgeschritten war. Doch sind in letzter Zeit von mehreren Operateuren wie Olshausen, Breisky, Schauta u. A. auch solche Arten von Extrauteringravidität glücklich mit totaler Entfernung des Fruchtsackes operirt worden, und zwar in der Weise, dass nach Abbindung der im Lig. infundibulo-pelvicum verlaufenden Spermaticalgefässe der Fruchtsack aus dem Lig. latum enucleirt wurde.

Ich habe dies im zweiten Falle ebenfalls versucht, kam aber zu keinem Resultate. An den seitlichen Beckenrand konnte ich nicht gelangen, und ein Versuch der Enucleation auf der vorderen Fläche des Tumors misslang wegen der ausserordentlichen Brüchigkeit desselben. Dieser Fall lag auch insoferne äusserst ungünstig, als die Placentarstelle gerade an den dem Fruchtsack aufliegenden Dickdarm heranreichte und bei der sofort erfolgenden Blutung eine Umstechung am Darme nicht möglich war. Aus diesem Grunde konnte ich auch das Verfahren von A. Martin[5]), die Placentarstelle zu umstechen und dann die Placenta zu entfernen, nicht ausführen, weil die Umstechung bei der Nähe des Darmes zu gefährlich war. Es blieb mir daher nichts übrig, als zu der alten Methode der Einnähung des Fruchtsackes in die Bauchwunde mit Zurücklassen der Placenta zu greifen.

Ich gebe vollständig zu, dass diese Methode durchaus nicht als eine ideale zu bezeichnen ist, und dass insbesondere vom chirurgischen Standpunkte aus die völlige Entfernung des Fruchtsackes unter allen Umständen anzustreben ist. Allein es erscheint mir, nach dem, was ich bei meinem zweiten Fall erlebt habe, eben doch zweifelhaft, ob dies auch überall durchzuführen ist. Die Einnähung des Fruchtsackes hat ja unter allen Umständen den grossen Nachtheil, dass es kaum möglich ist, den offen bleibenden Fruchtsack aseptisch zu halten und einer Zersetzung der Secrete vorzubeugen. Das ist auch mir

---

[2]) Beiträge zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extrauterinschwangerschaft, Prag 1891.

[3]) Beiträge zur Anatomie und zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Stuttgart 1887.

[4]) Ueber Extrauterinschwangerschaft mit besond. Berücksichtigung ihrer Therapie in der 2. Hälfte der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschrift, 1890, Nr. 8—10.

[5]) Verhandlungen des VII. internat. med. Congresses. London 1881.

in meinen Fällen niemals gelungen, und dass gerade daraus für die Kranke sehr bedenkliche Gefahren resultiren, ist ebenso wenig zu leugnen. Ich habe dieses Verfahren bisher in 3 Fällen angewandt. Im ersten Falle[6]), welcher einige Wochen nach dem Fruchttode operirt wurde, gelang es, die faulende Placenta mehrere Wochen nach der Operation in einzelnen Stücken zu entfernen; im zweiten Falle, auf den ich nachher noch zurückkomme, starb die Kranke an den Folgen der Verblutung 24 Stunden nach der Operation, und in dem dritten obenerwähnten Falle musste ich unter grossen Gefahren wegen drohender Allgemeininfection der Kranken die Placenta lösen. Ich verhehle nicht, dass ich in dem schliesslich günstigen Endresultate einen besonderen Glücksfall erkenne.

Ich bin daher nach meinen bisherigen Erfahrungen entschieden der Ansicht, dass ein Versuch zur Totalexstirpation des Fruchtsackes auch bei intraligamentärem Sitz unter allen Umständen zu machen ist, und dass die Einnähung des Fruchtsackes nur als ein unvollkommener Nothbehelf beibehalten werden soll. Besondere Rücksicht wird bei allen diesen Operationen auf den Vorschlag von Olshausen zu nehmen sein, nemlich vor der Ausspülung des Tumors die Spermaticalgefässe im Lig. infundibulo-pelvicum zu unterbinden, ein Verfahren, mit dem auch Zweifel[7]) günstige Erfolge erzielen konnte.

Zum Schlusse möchte ich noch eine Frage berühren, welche ebenfalls wiederholt Gegenstand der Discussion gewesen ist. Es handelt sich darum, ob man bei lebendem Kinde operiren soll oder lieber erst nach dem Absterben der extrauterin entwickelten Frucht.

Bekanntlich ist die Gefahr der Operation bei lebendem Kinde wesentlich dadurch eine grössere, dass Blutungen aus der Placentarstelle in ganz ungeheurem Maasse auftreten können, während diese längere Zeit nach dem Fruchttode in viel weniger hohem Grade zu befürchten sind. Ich kann zwar nicht zugeben, dass nach dem Fruchttode solche Blutungen nicht mehr zu befürchten sind — habe ich doch in dem ersten, von mir im Jahre 1881 operirten Falle mehrere Wochen nach dem Fruchttode noch eine ungeheure, kaum zu stillende Blutung aus der Placentarstelle erlebt —, doch werden andererseits Fälle berichtet, bei denen es längere Zeit nach dem Fruchttode möglich war, ohne nennenswerthe Blutung die ganze Placenta von der Sackwand zu lösen. Dahingegen ist bei lebendem Kinde unter allen Umständen eine schwere Blutung zu erwarten, sobald die Placenta bei der Operation abgelöst wird. In unserem zweiten Falle trat lediglich durch die Entwickelung des Kindes und offenbar durch das Sinken des Druckes im Fruchtsack eine theilweise Lösung der Placenta mit furibunder Blutung ein, welche nur durch sofortige Tamponade gestillt werden konnte. Eine ähnliche Beobachtung machte ich ebenfalls schon vor Jahren bei dem obenerwähnten letal verlaufenden Falle, den ich hier kurz skizziren möchte:

Frau S., 41 Jahre alt, seit ihrem 17. Jahre regelmässig menstruirt, hat 5 Mal, zuletzt vor 9 Jahren spontan geboren; die letzte Regel angeblich vor 2 Monaten, doch soll in den letzten Monaten nur in unregelmässigen Intervallen von Zeit zu Zeit etwas Blut abgegangen sein. Die Kranke ist seit 2 Monaten durch ausserordentlich intensive Schmerzen im ganzen Bereiche des Abdomens derart gequält, dass sie vollkommen arbeitsunfähig ist, und sucht deswegen die Klinik auf. Bei der Untersuchung findet sich in der rechten unteren Bauchgegend ein bis in Nabelhöhe hinaufreichender Tumor, welcher auch ziemlich tief in das Becken hereinreicht, und dessen linker Seite der bedeutend vergrösserte und weiche Uterus platt aufliegt. Rechts oben am Tumor kann man einen harten rundlichen Theil fühlen, welcher ein dem Pergamentknistern ähnliches Palpationsgefühl darbietet. Herztöne sind im ganzen Bereich des Tumors nicht zu hören.

Diagnose: Intraligamentär entwickelte Extrauteringravidität.

Die Laparotomie bestätigt die Diagnose, indem sich in die Bauchwunde ein dunkelblaurother Tumor hervorwölbt, welcher der rechten Kante des Uterus in seiner ganzen Ausdehnung innig anliegt, und in dessen Wand die rechte Tube nach kurzem Verlauf übergeht. Der Tumor wurde damals sofort ohne einen weiteren Exstirpationsversuch in den untersten Winkel der Bauchwunde eingenäht, wobei schon jeder Nadelstich ausserordentlich stark blutete. Bei der Eröffnung des Fruchtsackes wird die Placentarstelle getroffen, und es entsteht eine ungeheure Blutung, die nach rascher Entfernung der Frucht nur mit Mühe durch Tamponade des Fruchtsackes gestillt werden kann. Die Kranke wird beinahe pulslos ins Bett gebracht, die Herzthätigkeit erholte sich aber nicht mehr und es trat, ohne dass eine weitere Nachblutung erfolgt wäre, im Laufe der folgenden Nacht der letale Ausgang ein. Das Kind war etwa dem 5. Monate der Gravidität entsprechend entwickelt, athmete etwa 10 Minuten und starb dann. Dasselbe zeigte beiderseitig einen Pes equino-varus, sowie eine etwa wallnussgrosse Encephalocele.

Trotz dieser unleugbaren Gefahren glaube ich aber nicht, dass es rathsam ist, mit der Operation bis nach dem Fruchttode zu warten, sondern dass man unter allen Umständen und ohne Rücksicht auf die Entwickelung des Kindes operiren soll, und zwar wegen der unleugbaren Gefahren, welche der Mutter durch den Weiterbestand der Extrauterinschwangerschaft, durch Ruptur des Fruchtsackes u. s. w. drohen. Gerade für diese Fälle wird in Zukunft die vorherige Unterbindung der Spermatikalgefässe von grösster Wichtigkeit sein.

Fasse ich demnach meine Erfahrungen kurz zusammen, so glaube ich, folgende Sätze aussprechen zu dürfen:

1) Bei vorgeschrittener Extrauterinschwangerschaft ist unter allen Umständen die operative Behandlung indicirt.

2) Es ist dabei die Totalexstirpation des Fruchtsackes immer in erster Linie anzustreben, während das Einnähen des Fruchtsackes nur in Nothfällen zu wählen ist.

3) Es ist nicht rathsam, mit der Exstirpation bis nach dem Fruchttode zu warten, sondern jede Extrauterinschwangerschaft sobald wie möglich operativ zu beseitigen.

[6]) Aerztl. Intelligenzblatt 1884, No. 8.

[7]) Ueber Extrauteringravidität und retrouterine Hämatome, Arch. für Gynäkologie Bd. 41.

Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privatdocenten Dr. A. Hoffa in Würzburg.

Ueber Desmoide der Bauchwand.

Von Dr. *Oskar Bodenstein*, Assistenzarzt.

Tumoren der Bauchdecken, welche der Bindegewebsreihe angehören, findet man bei Durchsicht der einschlägigen Literatur gar nicht so selten. Anders verhält es sich, wenn man nur auf die Desmoide sein Augenmerk richtet, deren Anzahl eine so beschränkte ist, dass Ledderhose nur mit Hilfe noch nicht publicirter Krankengeschichten 100 Fälle zusammenstellen konnte. Auch dass während der Jahre 1885—1890 in der Berliner Universitäts-Frauenklinik nur neun Fälle und an der deutschen chirurgischen Klinik zu Prag in 12 Jahren nur sechs Fälle von diesen Neubildungen der Bauchwand beobachtet wurden, mag für die ausserordentliche Seltenheit genannter Geschwülste ein guter Fingerzeig sein.

Der Name »Desmoid« wurde von Johannes Müller für alle der Bindegewebsreihe angehörenden Geschwülste, die zugleich aus sehnigem Gewebe entspringen, in die Literatur eingeführt und von Sänger und Ledderhose in ihren diesbezüglichen Arbeiten beibehalten. Unter den 100 von letzterem Autor gesammelten Desmoiden konnte nur bei 51 Fällen (36 Fibrome, 15 Sarcome) eruirt werden, von welcher Muskel- oder aponeurotischen Schicht der Bauchwand die Geschwulst ihren Anfang genommen hat. Ledderhose beklagt sich gewissermassen darüber, dass diesem Moment in den Publicationen bisher so wenig Beachtung und Aufmerksamkeit geschenkt wurde, und er zieht daraus, sowie aus dem Umstand, dass über einzelne Fälle von den verschiedenen Autoren über Entstehungsart, Stielbildung etc. auffallend ähnliche, ja gleichlautende Angaben gemacht wurden, den Schluss, dass es wohl sehr schwierig ist, bei den Bauchdeckendesmoiden ein klares Urtheil über die am meisten interessirenden klinischen und anatomischen Eigenthümlichkeiten zu gewinnen.

Abgesehen davon gewinnen diese Geschwulstformen aber noch hauptsächlich dadurch ein erhöhtes Interesse, dass sie, sobald ihr Umfang ein bedeutenderes Maass erreicht hat, Gelegenheit zu Verwechselungen mit Tumoren der Abdominalhöhle geben, so dass man unter Umständen selbst durch die strengst durchgeführte Differentialdiagnose, wie es auch unser Fall beweisen wird, zu keinem definitiven Resultate gelangen kann.

Die 30 Jahre alte Frau K. trat am 11/12. 1890 als Patientin des Privatdocenten Dr. Bumm in die Klinik ein. Am 4. October 1890

hatte Patientin die letzte von drei ganz normalen Geburten durchgemacht. Ihre Menstruation war stets regelmässig. Der Anfang des jetzigen Leidens datirt schon seit 1½ Jahren, denn bereits vor der letzten Schwangerschaft hatte Patientin über zeitweise Schmerzen im Abdomen zu klagen, die dann während des Fortschreitens der Gravidität in vermehrtem Maasse auftraten. Besonders bemerkbar wurden die Schmerzen, wenn das Abdomen irgendwie berührt wurde. Von einer Geschwulst will Patientin nichts bemerkt haben; sie hatte die Schmerzen in der ersten Zeit überhaupt wenig berücksichtigt und sie später den Beschwerden, welche eine Gravidität mit sich bringt, zugeschrieben. Als das Kind aber zur Welt gekommen war, blieb der Leib noch so ausgedehnt, dass eine Zwillingsgeburt geargwöhnt wurde. Erst als sich die Gebärmutter spontan und vollkommen zusammenzog, wäre man darauf gekommen, dass die Ursache der bleibenden Ausdehnung des Abdomens eine Geschwulst sei. Diese vergrösserte sich dann auch später noch in sehr bemerkbarer Weise, während zugleich die Schmerzen zunahmen.

Letztere treten nunmehr besonders im Sitzen, Stehen und Gehen auf und strahlen nach der Gegend der rechten Leistengegend hin aus. In der activen Rückenlage nehmen die Beschwerden theilweise ab oder hören zu Zeiten auch ganz auf. Functionelle Störungen von Seiten des Magen- und Darmkanales, sowie der Blase werden wohl erwähnt, aber weniger hervorgehoben.

Die Inspection zeigt auf der rechten Seite des Abdomens eine kuglige Hervorwölbung, die mit der Linea alba abschneidet. Bei der Palpation fühlt man aber die Geschwulst auch in die linke Bauchhälfte theilweise hineinragend. Die Haut ist schwer in Falten abhebbar und wenig verschieblich. Nach oben reicht der Tumor bis zum rechten Rippenbogen, nach unten sitzt er dem Schambein auf, gegen die Unterlage ist er selbst in tiefster Narkose nur in ganz minimaler Weise verschiebbar. Die Consistenz der Neubildung ist überall hart, die Oberfläche glatt, die Gestalt kuglig und von über Kindskopfgrösse. Die Palpation einzelner Stellen, besonders am linken obern Segmente und an der rechten Leistengegend ist äusserst schmerzhaft; doch sind in letzterer keine Lymphdrüsen zu fühlen.

Auf der rechten Seite ist das Ovarium nicht zu fühlen, während man Sitz und normale Beschaffenheit des linken Eierstockes mit Leichtigkeit palpiren kann. Die weitere Untersuchung ergiebt die Scheidengewölbe als normal, den Uterus frei beweglich und in keinerlei Zusammenhang mit der Geschwulst. Ueber diese gemessen beträgt die Entfernung der Spin. ant. sup. auf der rechten Seite 20 cm, links 14 cm. Der sagittale messbare Umfang des Tumors macht 24 cm, der horizontale 27 cm.

Betreffs der Diagnose wurde zuerst an ein Dermoid des rechten Ovariums gedacht; allein das längere Latentbleiben der Geschwulst, zusammen mit dem plötzlichen Wachsthum in der Gravidität, die kuglige Hervorwölbung der Bauchdecken gegenüber dem meist mehr flachen Hervortreten derselben bei Tumoren der tiefer gelegenen Organe sprachen wieder mehr dagegen. Unter allen anderen differentialdiagnostischen Möglichkeiten wurde wohl auch an einen Bauchwandtumor gedacht, aber besonders die fast vollkommene Fixirung der Neubildung liess die Vermuthung nicht fest werden. Es liessen eben alle üblichen Untersuchungsmethoden im Stich, nirgends waren irgendwelche Anhaltspunkte für den localen Ursprung der Geschwulst durch die Palpation erfindlich. Das im Schröder-Hofmeier'schen Lehrbuche angeführte differentialdiagnostische Symptom für Ovarien- und Bauchdeckentumoren, die dellenförmige Einsenkung der ganzen Bauchwand beim Herunterdrücken der Geschwulst, konnte bei der Ausdehnung und Fixation der Neubildung natürlich auch zu keinem Resultate führen. Die einzelnen Schmerzpunkte an der Geschwulst werden durch Adhäsionen einzelner Darmschlingen erklärt, einen Umstand, den die Autopsie bei der Operation späterhin auch als richtig erwies.

Die Aetiologie war in unserem Falle ebenso dunkel, wie in den von Ledderhose gesammelten Beobachtungen. In der Familie der Patientin war nie etwas Aehnliches vorgekommen, und Muskelrupturen durch eine der vorhergehenden Schwangerschaften, sowie überhaupt jedes Trauma wurden entschieden negirt.

Da die Patientin von ihren Beschwerden befreit sein wollte, so wurde am 11. XII. 1890 zur Operation geschritten.

Die Lagerung der Patientin dazu fand in der Trendelenburg'schen Weise, mit Hochlagerung des Beckens statt. Diese Beckenhochlagerung hat sich bei allen Laparotomien, die wir im Verlaufe des letzten Jahres in unserer Klinik machten, vorzüglich bewährt. Sie gewährt nicht nur eine grössere Uebersicht der Abdominal- und Beckenhöhle, sondern ermöglicht auch vor allen Dingen ein leichteres Herauswälzen der betreffenden Tumoren, ohne dass dabei, besonders solange das nur theilweise geschehen kann, das Operationsfeld zu sehr eingeschränkt wird. Ausserdem aber gestattet diese Methode, glaube ich, auch eine Vornahme von Operationen der Abdominal- und Beckenhöhle in Localitäten, die sonst des genügenden Lichtes dazu entbehren, und wo bei der blossen Horizontallagerung der Kranken sich der Operateur das bischen ihm gebotene Licht selbst wegnimmt, z. B. in Zimmern mit kleinen niedrigen Fenstern. Mit einem Brett oder einer Schrankthür ist bald diese Lagerung improvisirt.

In Anbetracht dessen, dass man in unserem Fall die Geschwulst für einen Abdominaltumor ansah, wurde die Incision in der Linea alba gemacht. Dabei stellte es sich nun bald heraus, dass der Tumor mit den Bauchdecken der rechten Seite zusammenhänge, worauf dann nochmals über der Höhe der Hervorwölbung incidirt wurde. Die obere Hälfte der Neubildung liess sich ziemlich leicht und auf stumpfem Wege herausschälen, ohne dass die benachbarten Gewebe irgend wie verletzt wurden. Darauf kam man an einen fibrösen Stiel, der von der Fascia transversa ausging und ohne nennenswerthe Blutung durchtrennt werden konnte. Ganz anders und bedeutend schwieriger gestaltete sich aber die Freimachung des Tumors auf der Hinterseite. Hier war derselbe in seiner ganzen Fläche mit dem Peritoneum verwachsen, welches theilweise stumpf, aber zum grössten Theile mit Scalpell und Scheere abgelöst werden musste. Das Bauchfell und die Incision in der Linea alba wurde vernäht, der zweite Schnitt offen gelassen und mit Jodoformgaze tamponirt.

Bei der Nachbehandlung stieg die Temperatur nur am dritten Tage auf 38,2°, während sie sich sonst innerhalb der normalen Grenzen hielt. Ebenso blieb das subjective Befinden der Patientin dauernd gut. Nach 6 Wochen war auch die seitliche offen gelassene Wunde zugranulirt.

Makroskopisch betrachtet zeigte der Tumor eine fast kugelrunde Gestalt mit glatter rother Oberfläche. Mit knirschendem Geräusch drang das Messer beim Durchschneiden in die Masse ein. Die Schnittfläche hatte eine weissgelbliche Farbe mit dem an Damastgewebe erinnernden Glanz. Den Umfang in frischem Zustande zu messen, habe ich leider damals unterlassen, das Gewicht betrug 3½ Pfund. Nach vierwöchentlichem Liegen in Alkohol war die Länge des nunmehr etwas abgeplatteten Tumors 46 cm, die Breite 37 cm, die Dicke 20 cm. Mikroskopisch liess das frische Zupfpräparat nur Bindegewebsfibrillen erkennen, nach der Einbettung zeigten die Schnitte ebenfalls eine rein fibröse Structur.

Im Folgenden gebe ich nun das Resumé aus weiteren 20 von Ledderhose noch nicht angeführten Fällen.

Es ist nicht immer aus den Krankengeschichten genau ersichtlich, wo der Ursprung der Tumoren sich befindet. Jedoch glaube ich keinen Fehlschluss zu thun, wenn ich Angaben, wie, dass die Geschwulst mit der Aponeurose der Muskeln fest verwachsen waren, dahin auslege, dass ihr Entstehungsort auch eben dort zu suchen ist. Demgemäss würden dann von den 18 Fibromen unter unseren 21 Fällen von Rectus und seinen Scheiden 12 (davon hintere Rectusscheide 10 Mal) entspringen. Die schrägen Bauchmuskeln bezw. deren Scheiden geben 6 Mal den Ausgangspunkt ab. Die Tumoren sassen theils fest und breitbasig, wie damit verwachsen, auf, theils hingen sie mit ihrem Mutterboden mittelst eines mehr weniger gefässreichen Stieles zusammen. 2 Mal fanden sich auch zugleich feste Verwachsungen mit der Muskulatur selbst, so dass Stücke derselben mit entfernt werden mussten. Ferner wurde einmal eine innige Verbindung des Tumors mit dem Skelett constatirt und zwar medial und 1½ cm höher von der Spin. ant. sup., so dass die Ablösung vom Knochen scharf geschehen musste. Von 2 Fibrosarcomen war das eine, ebenso wie das eine vorhandene Sarcom, mit der Aponeurose verwachsen, das andere Fibrosarcom entsprang von der hinteren Rectusscheide.

Bezüglich des Geschlechtes war nur ein Mann (37 Jahre alt) von dem Leiden befallen. Das Alter der weiblichen Individuen schwankte, gemäss den früheren Angaben, zwischen

20 und 37 Jahren, und zwar war das Decennium der zwanziger Jahre bevorzugt.

Nur einmal war ausdrücklich keine vorhergegangene Schwangerschaft betont. In zwei weiteren Fällen waren darüber keine Angaben gemacht, während in jeder Krankengeschichte derselben Autoren sonst stets die Zahl der Partus resp. das Vorhandensein von Striae erwähnt wurde. Trotzdem aber halte ich mich nicht für berechtigt, diese beiden Fälle (Frau von 21 Jahren, Mädchen von 20 Jahren) unter die Kategorie der Nulliparae zu zählen. Dieser Umstand ist hier deswegen von Wichtigkeit, weil noch immer der Streit über die Aetiologie oder begünstigenden Momente für die Entwickelung der Desmoide unentschieden ist. Ein Theil der Autoren glaubt nur an die Persistenz embryonaler Keime, die andere Hälfte sieht die Schuld in irgend einem Trauma.

Jedenfalls ist die Thatsache, dass bei weitem die grösste Anzahl der Tumoren (auch bei uns im Verhältniss 16 : 19) bei Frauen und zwar Multiparae vorkommt, nicht aus der Welt zu schaffen; und irgend ein Zusammenhang zwischen mehrfacher Schwangerschaft und dem Auftreten der Desmoide kann wohl kaum geläugnet werden. Das, was man überhaupt bis jetzt von der Entstehung der Geschwülste weiss, scheint mir auch ganz gut damit im Einklang zu stehen.

Einer Geschwulstentwickelung liegt nach Rindfleisch eine stellenweise ungenügende Beherrschung des Wachsthumtriebes der Zellen zu Grunde. Während der Schwangerschaft ist aber gerade das ganze Nervensystem der Frau im höchsten Grade alterirt, was alle möglichen neuralgischen Erscheinungen und Sinnesstörungen, sowie das meist veränderte Gemüthswesen gravider Frauen am besten beweisen. Ferner ist die vermehrte Blutzufuhr in der ganzen Abdominalregion zu dieser Zeit ebenfalls oft genug betont worden, wie dass auch in den Bauchdecken wirkliche Gewebsveränderungen vor sich gehen.

Trifft nun diese noch obenein mechanisch gezerrten und gedehnten Gewebstheile ein für sonstige Verhältnisse selbst schwacher Insult oder Reiz, so wird gerade in diesem überaus angestrengten und mitgenommenen Theile des Organismus die Regulationskraft des Nervenapparates nicht mehr im Stande sein, den Wachsthumstrieb der Gewebe an der insultirten Stelle zu hemmen oder in ihren ordnungsmässigen Schranken zu halten. Dieses würde nun bei den doch nicht so seltenen spontanen Zerreissungen der Bauchmusculatur während der Schwangerschaft erst recht der Fall sein. Dass diese anamnestisch selten hervorgehoben werden, liegt theilweise wohl an der Indolenz vieler gravider Frauen gegenüber den mannigfachen Beschwerden, welche eine Schwangerschaft mit sich bringt, theilweise wieder daran, dass unter diesen Beschwerden die Ruptur selbst gar nicht zum Bewusstsein der Betreffenden gekommen ist.

Gegen die Aetiologie durch Muskelzerreissungen hat nun Sänger eingewandt, dass bei Zerreissungen der Extremitätenmuskeln nie hinterher Fibrome entstehen. Aber dabei walten doch ganz andere Verhältnisse ob. Das veranlassende Moment zu einer Trennung der Extremitätenmusculatur ist stets ein einmaliges, und die Functionsstörung des betreffenden Gliedes bedingt schon von selbst durch die Ruhelage eine Schonung der verletzten Stelle (Brohmann). Ausserdem hat man es doch auch stets mit einem sonst sich in ganz normaler Verfassung befindlichen Individuum zu thun, bei dem vielleicht noch, abgesehen von dem stattgehabten Schmerz und der durch den Unfall erregten, aber vorübergehenden Aufregung das Nervensystem ruhig ohne Störung weiter functionirt. Bei den während der Schwangerschaft auftretenden Rissen der Bauchmusculatur dagegen ist das veranlassende Moment ein dauerndes und potenzirt sich sogar noch fortwährend. Die Bildung der Narbe kann nicht ungestört vor sich gehen, auch auf sie erstreckt sich die dehnende Gewalteinwirkung, und dass hierin wiederum ein Reiz liegt, der zur Hypertrophie führen kann, wird Niemand bestreiten. Das öfter angeführte, ausdrücklich betonte, ausserordentlich schnelle Wachsthum der Desmoide während der Gravidität spricht wohl auch für manche eben erwähnte Punkte.

Dass aber überhaupt irgend ein Reiz oder Trauma die Erzeugung des Desmoides hervorbringen kann, beweist ferner ein Fall aus der Berliner Universitäts-Frauenklinik, bei welchem 4 Jahre nach einer Laparotomie wegen Ovarialtumor an jener Stelle der Bauchdecken, welche durch starke Adhäsionen mit den Beckenorganen verwachsen war, ein Fibrom sich entwickelte.

Ob die Bemerkung, dass eine 24jährige Patientin seit dem zwölften Jahre zur Zeit einer jeden Menstruation Schmerzen an der Stelle der später aufgetretenen Geschwulst bekommen habe, für die Richtigkeit der Cohnheim'schen Theorie eintritt, will ich noch dahingestellt sein lassen.

Ueber Symptome und Verlauf wird je nach der Grösse des Tumors eine ziemlich einheitliche Schilderung eingehalten.

Bezüglich der Diagnose aber, finde ich, wird theilweise doch wohl zu optimistisch geurtheilt; so ist Lange der Ansicht, dass die Untersuchung per Rectum stets einen sichern Aufschluss geben wird. Aber sowohl unser eigener Fall, als auch manche andere schon früher in der Literatur verzeichnete Beobachtungen zeigen das Gegentheil. In den letzten 20 Fällen lagen die Verhältnisse der Beschreibung nach stets so günstig, dass die Diagnose keine Schwierigkeiten bereiten konnte.

Die Prognose war, entsprechend den früheren Angaben, eine gute. In den 21 Fällen fand kein Exitus statt. Metastasen resp. Recidive sind nicht erwähnt oder auch als nicht vorhanden angegeben.

Die Incision ist stets entsprechend der grössten Vorwölbung gemacht worden, theils sagittal, theils horizontal, theils schräg. Einige male geschahen auch 2 Incisionen; so wurde in der Prager chirurgischen Klinik in einem Falle die Haut durch zwei im Längs- und Querdurchmesser verlaufende Schnitte gespalten.

Vorne waren die Tumoren, ganz wie in unserem eigenen Falle, stets ohne Schwierigkeiten auszuschälen. Dagegen gab es in der Hälfte (11) der Fälle, und nicht immer proportional der Ausdehnung und dem Umfange der Geschwülste, Verwachsungen mit dem parietalen Blatte des Peritoneums, aus dem denn auch in neun Fällen verschieden grosse Stücke resecirt werden mussten.

Bezüglich des Wohlbefindens nach der Entlassung der Patienten sind die Angaben gute. Doch habe ich auch einige Male das Auftreten von Bauchhernien verzeichnet gefunden. Zur Vermeidung der letzteren hält es Helferich für wichtig, 1) eine Etagennaht der einzelnen Schichten mittelst versenkter Catgutnähte vorzunehmen, 2) ist es seiner Meinung nach wohl immer möglich, so vorzugehen, wie er selbst in einem Falle verfuhr. Er trennte nämlich Haut, Aponeurose und Muskellagen nicht in einer und derselben Richtung, sondern nur Haut und Aponeurose des Muscul. obliq. extern. in einer dem Hauptschnitt entsprechenden Richtung (hier parallel dem lig. Pouparti). Die Fasern des Musc. obliqu. intern. und transvers. theilte er dann in einer zum ersten Schnitte fast senkrechten Ebene. Durch diese Modification dürfte wohl ziemlich sicher ein Locus minoris resistentiae für Bauchhernien beseitigt sein.

Von den mannigfachen anatomischen Metamorphosen, welche sonst die Fibrome eingehen können, ist in den 21 Fällen nur die schleimige Erweichung beobachtet worden und zwar zugleich mit hämorrhagischen Infiltrationen.

Literatur.

Friedrich Brohmann, Zur Casuistik der Bauchwandtumoren. Erlangen, 1887. J. D. (1 Fall).
Ferdinand Frank, Beitrag zur Kenntniss der typischen Bauchdeckenfibrome. Greifswald 1887. J. D. (2 Fälle).
Wilh. Heiberg, Om Neoplasmer i Abdominalvaggen. Hospitals. Tidende 1889. (2 Fälle). Referate im Centralblatt für Chirurgie 1890 und im Centralblatt für Gynäkologie 1889.
Richard Lange, Ueber Bauchdeckenfibrome. Berlin 1890. J. D. (9 Fälle).
Dr. Fr. Fink, Beitrag zur Kenntniss der Fibrome und Sarcome der Bauchwand. Prager med. Wochenschrift, 1890, No. 37 u. 38.

Ueber Anwendung des Methylenblaus bei tuberculösen Processen.

Von Dr. *Althen* in Wiesbaden.

Veranlasst durch Stilling's Abhandlung: „Anilinfarbstoffe als Antiseptica und ihre Anwendung in der Praxis", beschäftigte ich mich seit Frühjahr vorigen Jahres mit Versuchen über den Einfluss des Methylenblaus, das mir in grösserer Menge von befreundeter Seite zur Verfügung gestellt worden war, auf tuberculöse Processe und entzündliche Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane, deren Resultate mich zu der Veröffentlichung des Nachfolgenden bewogen haben.

Das Methylenblau wurde theils in wässeriger concentrirter Lösung, theils in 10 Proc. Mischung mit Cacaobutter (als Bacilli, Globuli oder Suppositoria), theils in Substanz rein oder zu gleichen Theilen mit Magnesia usta gemischt angewandt.

In Wasser löst dasselbe sich bis zu 17 pro mille mit tiefdunkelblauer Farbe auf und, wenn einige Tropfen Spiritus noch zugesetzt werden, kann die Concentration um ein Geringes vermehrt werden. Mit einer derartigen Lösung machte ich meine ersten Versuche bei einem Empyem der rechten Lunge, das sich auf tuberculöser Grundlage entwickelt hatte, nach dem Rücken unter die Haut durchgebrochen und anderwärts geöffnet worden war.

Bei dieser Patientin (63jährige Dame) waren hochgradige Verdichtungen beider Lungenspitzen vorhanden, die öfters die Ursache zu Hämoptoë abgaben. Die Kranke war früher, während 8 Monaten, mit Borsäureausspülung des Empyemsackes, Jodoformeinpuderung und Jodoformgazetamponade desselben behandelt worden, ohne dass irgend eine Verminderung der Secretion hätte nachgewiesen werden können. Derselben wurden nun von mir seit 13. Februar 1891 alle 3 Tage nach Ausspülung des Sackes mit destillirtem Wasser mittelst Spritze 50 g einer 17 pro mille Methylenblaulösung (also jedesmal 0,85 g Methylenblau) in den Sack applicirt, welche Menge durch Zukleben der Contrapunction mit Zinkpflastermull in demselben zurückgehalten wurde. Nach 10 Injectionen konnten nur mehr 30 g eingespritzt werden, eine Menge, die sich mit der Länge der Anwendung immer mehr verringerte. Anfangs wurde ein Theil der Lösung ausgehustet, was jedoch schon nach der fünften Application nicht mehr vorkam. Schon 1 Stunde nach der Einspritzung trat Harnzwang auf, was aber später durch Verabreichung von Leinsamenthee (1 Theelöffel auf 1 Tasse kochenden Wassers) ½—1 Stunde vor der beabsichtigten Einspritzung fast vollkommen vermieden wurde. Nach 8 Wochen war die Secretion vollkommen geschwunden, die Empyemhöhle ausgefüllt und, was das Merkwürdige bei diesem Falle war, ein deutlicher Rückgang der Dämpfung an beiden Spitzen zu constatiren, nachdem schon vorher die Hämoptoë aufgehört hatte. Jetzt ist die Patientin wieder vollkommen im Stande, ihrem kleinen Haushalte vorzustehen, da auch der Auswurf fast völlig sistirte. Noch Ende März waren sehr viele Tuberkelbacillen im massenhaften Sputum vorhanden, jetzt findet man in dem äusserst spärlichen Auswurf deren nur ganz vereinzelte. Dieses ist der einzige Fall, in welchem ich kein Methylenblau per os verabreichen liess.

Zu dem Zwecke der innerlichen Anwendung war es nöthig, diejenige Menge des Mittels, welche nach dessen Einverleibung in die Circulation überging, zu bestimmen. Durch die Versuche bei der vorn erwähnten Patientin war festgestellt worden, dass in 3 Tagen 0,85 g desselben, also täglich ca. 0,3 g ohne grösseren Schaden vertragen werden konnten, was bei der innerlichen Verabreichung in Anschlag kam; bei näherer Untersuchung stellte sich jedoch heraus, dass man durch Einnehmen des Mittels ohne Nachtheil eine solche Menge in die Circulation nicht überführen durfte. Zur Bestimmung des in die Säfte übergegangenen Farbstoffes verfuhr ich folgendermaassen: Ich nahm im Laufe eines Tages 3 Dosen zu 0,5 ad capsul. amyl., also im Ganzen 1,5 g ein und sammelte, so lange der Harn sich noch blau resp. grüngefärbt zeigte, was etwas über 2 Tage nach Einverleibung anhielt, denselben in einem grösseren Gefässe an. Nachdem die ganze Menge durch Glaswolle filtrirt worden war, wurde dieselbe erhitzt, um event. Eiweissgehalt abzuscheiden, hierauf nochmals durch Glaswolle filtrirt, worauf die ganze wieder abgekühlte Menge so lange mit Lugol'scher (Jod-Jodkali) Lösung versetzt wurde, bis die blaue Farbe vollkommen verschwunden war. Nun wurde durch ein Asbestfilter filtrirt und der erhaltene Niederschlag tüchtig ausgewaschen, worauf durch Kochen desselben mittelst Salzsäure das Methylenblau wieder regenerirt wurde. Die blaue Flüssigkeit wurde abgedampft und der Farbstoff durch Wägung direct bestimmt. In dem einen Falle betrug die Menge des wieder erhaltenen Farbstoffes 0,25, in einem zweiten Falle, wo ich 2,5 g an einem Tage eingenommen hatte, 0,45 g, also beinahe ein Sechstel des einverleibten Quantums. Auch in diesem zweiten Versuchsfalle hielt die Blaufärbung über 2 Tage nach Einverleibung der letzten Dose zu 0,5 g an. Zur Bestimmung dieses Farbstoffes im Harn ist es nöthig, dass jede Spur von Ammoniak, die der Harn etwa enthalten sollte, durch leichtes Ansäuern mit verdünnter Essigsäure oder noch besser durch tüchtiges Kochen entfernt werde. Auch ist es nicht rathsam, die Jodirung des Methylenblaus mit Jodtinctur resp. Jodäther vorzunehmen, da wegen des sich dann bildenden Jodoforms trotz peinlichster Auswaschung des Niederschlags die Bestimmung ungenau wird. Auch wird das gebildete jodirte Methylenblau bei Gegenwart von Jodoform leicht wieder zersetzt.

An die Bestimmung des Methylenblaus im Harn möchte ich gleich die Folgeerscheinungen anschliessen, die sich bei längerem Gebrauche desselben in Tagesdosen von 1,5 g (bei höheren Dosen treten diese Erscheinungen schon eher auf) gewöhnlich am Schluss der ersten Woche einstellen. Als erste unangenehme Beigabe sind Stuhl- und Harndrang zu erwähnen, wobei die Harnmenge um ein Geringes vermehrt ist, welche Symptome aber ziemlich gut wenigstens in der Mehrzahl der Fälle durch gleichzeitige Verabreichung der gleichen Dose gebrannter Magnesia zu vermeiden sind. Dann kamen bei der bei weitem grösseren Hälfte der Versuchsreihe am Anfang der zweiten Woche Brennen im Rachen und Schlund, Brechneigung, kurzum die Zeichen eines ziemlich heftigen Speiseröhren- und Magenkatarrhs vor, die ich bei einigen Fällen durch Herabgehen bis auf 0,5 g pro die in Dosen von 0,1 zweistündlich minderte oder gar verschwinden sah. Bei denjenigen Kranken, die trotz Verringerung der Tagesdose den Katarrh des Verdauungstraktus nicht verloren, wurde 3 Tage d. h. bis alles Methylenblau aus dem Harn verschwunden war, ganz damit ausgesetzt, dann 2 Tage hindurch nur 0,1 pro die, dann die 2 folgenden 2 mal 0,1 g und so fort, bis sie wieder auf 0,5 g kamen, verabreicht. Gleichzeitig wurden, wenn die 0,1 g enthaltenden Gelatinekapseln nicht direct nach dem Essen genommen wurden, immer 0,1 Magnesia usta gegeben. Bei einigen konnten die Erscheinungen von Seiten der Blase und des Verdauungstraktus ganz vermieden werden, wenn die Einverleibung direct während oder gleich nach einer grösseren Mahlzeit stattfand, was mich schliesslich zu einem gewissen Schema der Verabreichung führte, worauf ich nachher noch zurückkomme. Ausser den vorerwähnten Reizerscheinungen traten bei mir nach dreitägigem Genusse von 2,5 in 0,5 g Dosen, nachdem ich aber vorher schon eine ganze Woche lang 1,5 g täglich genommen hatte, noch einige unangenehme Vergiftungserscheinungen auf: zunächst starke Schmerzen in der Nierengegend (nur in diesem einen Falle war ein geringer Eiweissgehalt des Harnes nachzuweisen), dann drückende Schmerzen in der Stirngegend und im Hinterhaupt, Muskelzuckungen an den verschiedensten Körpergegenden (Gesicht, Armen, Beinen), Flimmern vor den Augen, Schwindelgefühl und leichte Delirien, welche Beschwerden aber sämmtlich am zweiten Tage nach Einnahme der letzten Dosis von 0,5 verschwanden. Nochmals darauf hinweisen möchte ich hier, dass bei sonst keinem der Fälle auch nach längerem Genusse des Mittels bis zu 1,5 g täglich Eiweiss im Harne aufgefunden wurde; leichtes Ziehen trat zwar öfters in der Nierengegend auf, das sich aber nie zu intensiveren Schmerzen steigerte.

In einem Falle von Pneumonie suchte ich die antipyretische Wirkung des Mittels zu erproben. Es wurde am 3. und 4. Tage der Erkrankung Nachmittags um 3, 5 und 7 Uhr 0,5 g ad caps. amyl. verabreicht, ohne dadurch eine irgend merkliche Temperaturremission zu erzielen. Die pleuritischen Schmerzen wurden allerdings in sehr bemerkenswerther Weise schon 2 Stunden nach Einverleibung der ersten Dosis herabgesetzt und die Athmung nach eigener Bemerkung des Patienten viel leichter und freier, was sie auch den ganzen Verlauf der Krankheit über blieb, eine Erscheinung, die ich schon

vorher und auch später noch bei fast allen Fällen von Lungentuberculose, die ich damit behandelte, machte. Ich kann die analgetische Wirkung, die Ehrlich und Lippmann bei den verschiedensten Affectionen dem Methylenblau nachrühmen, bei den pleuritischen Schmerzen Tuberculöser nur voll und ganz bestätigen.

Gehe ich nun zu den einzelnen Fällen über, die wegen skrophulöser, resp. tuberculöser Processe von mir mit dem Mittel behandelt wurden, so zerfallen diese 20 Fälle in 12, in denen es sich um Erkrankung der Athmungsorgane handelt, 7 Fälle von Tuberculose der Drüsen und Knochen und eine tuberculöse Mastdarmfistel. Von den 12 Fällen der ersten Reihe waren 7 Fälle reiner Lungentuberculose, 3 waren mit Kehlkopftuberculose complicirt und bei 2 Fällen war reine Kehlkopfphthise vorhanden, wenigstens konnten trotz genauester Untersuchung keine Lungenveränderungen nachgewiesen werden. Sämmtliche 12 Patienten waren erwachsene Personen, die nach folgendem Schema behandelt wurden: Den ersten Tag der Behandlung bekamen sie 0,1 g, den folgenden 2 mal 0,1 g, am 3. Tag 3 mal 0,1 g und so fort bis auf 1,5 g. Immer wurde darauf geachtet, dass, wenn irgend möglich, die Einverleibung des Farbstoffes nach einer grösseren Mahlzeit erfolgte, oder wenn dies nicht sein konnte, so wurde eine gleich grosse Menge Magnesia usta verabreicht. Sobald der Kranke 0,5 g überschritten hatte, bekam er $^1/_2$ g ad caps. amyl. nach dem Mittagessen, während die übrigen noch zu verabreichenden Decigramme des Mittels ad caps. gelat. auf die übrigen Mahlzeiten vertheilt wurden; sobald 1,0 g pro die überschritten war, erhielt der Patient das Mittel in je einer Dose von 0,5 g nach dem Mittag- und Abendessen, während die anderen Decigramme bei den übrigen Mahlzeiten genommen wurden, und schliesslich wurde, als 1,5 g erreicht war, diese Menge in 3 Quanta zu 0,5 je nach dem Frühstück, dem Mittag- und Abendessen verabreicht. Es wurde nun täglich wieder 0,1 g weniger, gerade umgekehrt, wie vorher angegeben, eingenommen, bis man wieder auf 0,1 ankam. Alsdann wurde täglich wieder um 0,1 g gestiegen bis auf 0,5 g, bei welcher Tagesdose bei 5 Einzelgaben von 0,1 nun während der ganzen übrigen Zeit der Behandlung beharrt wurde. Durch diese Weise der Verabfolgung des Mittels gewöhnt sich der Körper meist nach und nach daran und werden die Begleiterscheinungen bei weitem nicht so heftig, als wenn man gleich mit grösseren Dosen beginnt.

Von den so behandelten Personen mit Phthise starben im Ganzen 4 und zwar 2 ganz im Anfang der Behandlung, als sie noch nicht 1,0 g des Mittels erreicht hatten, an Blutsturz (es waren dies 2 der Fälle, in denen Kehlkopfphthise die Lungenphthise complicirte), 1 starb in der 4., ein anderer in der 6. Woche der Behandlung. Bei allen Verstorbenen waren schon bei der ersten Untersuchung Cavernen constatirt. Bei ihnen erschien der Einfluss des Mittels mit Ausnahme der schon vorn erwähnten Analgesie und einer erhöhten Euphorie als ein kaum nennenswerther. Weder waren die Sputa vermindert, noch die Zahl der Bacterien, weder das hektische Fieber, noch die Nachtschweisse sistirten, ebenso wenig war ein Bläulichsein des Auswurfs zu bemerken, was sich aber ganz anders bei den übrigen 8 Fällen verhielt, die so ziemlich ihr altes Wohlbefinden wieder erlangt haben. Von diesen 8 haben nach einer 6 wöchentlichen Behandlung die 2 Fälle mit Kehlkopfphthise und 2 mit Lungenphthise den Husten und Auswurf fast ganz verloren. Nur hier und da wird von dem einen Lungenkranken noch eine geringe Quantität Sputum ausgehustet, worin nur ganz vereinzelte Bacillen vorkommen, während bei allen 4 eben erwähnten Patienten in jedem Präparat früher Tuberkelbacillen aufgefunden wurden. Bei den noch übrigen 4 Fällen beträgt die Menge der täglichen Expectoration nicht mehr ein Drittel der früheren Masse, ebenso ist das subjective Befinden aller ein bedeutend besseres, da die hektischen Fieberanfälle und die entkräftenden Nachtschweisse vollkommen aufgehört haben. Bei diesen sämmtlichen 8 Fällen hatte das Sputum während des Einnehmens des Mittels einen deutlichen Stich in's Blaue. Da, wie schon vorne angegeben, diese Bläulichfärbung der Sputa, in allen Fällen, wo ich Cavernen auffand, nicht zu bemerken war, (alle diese Fälle endeten, wie schon bemerkt, auch letal), so möchte ich annehmen, dass die Cavernenwandungen für den Farbstoff undurchgängig sind, weshalb keine baktericide Wirkung desselben eintreten konnte. Wohl aber dürfte dies zu erzielen sein, wenn man durch gleichzeitige Tuberculininjectionen diesen Wall zum Einschmelzen bringen könnte, wodurch denn vielleicht auch in diesen Fällen eine Besserung oder gar Heilung zu erreichen wäre. Als Beweis der fäulnisswidrigen Wirkung dieses Farbstoffs möge dienen, dass ich seit Mai, als ich 3 Tage hintereinander 2,5 g Methylenblau eingenommen hatte, etwas von dem damals gelassenen Harn in einem nur mit einem Papierblatte zugedeckten Becherglas bis jetzt aufbewahre, ohne dass sich derselbe zersetzte. Objective Veränderungen der Lungen sind in 2 Fällen nicht mehr, in einem Fall kaum noch nachzuweisen, während in den übrigen Fällen pathologische Veränderungen noch vorhanden sind. Jedoch sind die Erfolge, verglichen mit denen, die ich durch Kreosotbehandlung erzielte, derartige, dass sie wohl zuausgedehnteren Versuchen ermuntern.

Bei der Kehlkopfphthise bediente ich mich zur directen Application auf die erkrankten Theile, des reinen Pulvers, welches ich nach Cocainisirung des Rachens mittelst einer vorne gebogenen Glasröhre auftrug, die die Oeffnung zur Aufnahme der Substanz am Knickungswinkel hatte und am distalen Ende durch ein Wattebäuschchen verschlossen war. Dieses Bäuschchen war an das Ende einer Claviersaite angedreht, die durch die Glasröhre durchgesteckt war. Durch Vorschieben der vorne stark gekrümmten Saite wurde das Wattepfröpfchen, ähnlich wie das Knöpfchen der Belloqu'schen Röhre etwas zur Seite geschoben und konnte so ohne Beschmutzung von Arzt und Patient, der Farbstoff an seinen Bestimmungsort gebracht werden. Die Anwendung geschah jeden zweiten Tag. Natürlich wurde das Mittel in der vorn angegebenen Weise auch innerlich verabreicht.

In 3 Fällen von Skrophulose der Halsdrüsen habe ich durch Injection einer Pravaz'schen Spritze voll von einer 17 promille Lösung, der einige Tropfen Alkohol zugesetzt waren, in die erkrankten, in 2 Fällen schon Fluctuation zeigenden Drüsen, dieselben zum Schwinden gebracht. Neben der alle 3 Tage stattfindenden Injection ging die innerliche Verabreichung bis zu 0,5 g täglich in Einzeldosen von 0,1.

Von Knochentuberculose hatte ich nur 4 Fälle in Behandlung, wovon 2 Erkrankung der Fusswurzelknochen waren, einer der Handwurzelknochen und einer des Hüftgelenks. Von diesen gelangten zur Heilung die Tuberculose der Handwurzelknochen bei einer 60 jährigen Frau, bei der ich mit dem scharfen Löffel die erkrankten Stellen so gut als möglich entfernte, worauf mit dem Glüheisen die gesetzte Höhle verschorft und alle 3 Tage entweder mit Methylenblau in Substanz ausgerieben wurde, oder eine Kugel aus Cacaobutter mit einem 10 proc. Farbstoffgehalt eingelegt wurde. Nach 3 Wochen war die Höhle geschlossen und ist es bis jetzt geblieben. Auch die 3 übrigen Fälle von Knochentuberculose, die ebenso behandelt wurden, sind geheilt, jedoch ist die eine Patientin mit Fusswurzelerkrankung im Laufe des Sommers an einem typhösen Leiden verstorben, während die Hüftgelenkstuberculose mit Beugestellung des Oberschenkels heilte. Ebenso heilte die Mastdarmfistel. Selbstverständlich war in allen Fällen die sonstige Behandlung eine auf Abhärtung und Kräftigung des Gesammtorganismus gerichtete.

Zum Schlusse sei mir noch gestattet, auf einige andere Erkrankungen hinzuweisen, bei welchen ich das Methylenblau ebenfalls mit Erfolg angewendet habe. Es ist dies bei Endometritis und parametranen Exsudaten. Bei Endometritis legte ich alle 3 Tage ein 10 Proc. Farbstoff enthaltendes Stäbchen aus Cacaobutter in die Uterinhöhle ein. Die Wäsche wurde durch Einlage von Wattebäuschchen vor Blaufärbung geschützt, was jedoch ebenso wenig wie das Tragen einer Menstruationsbinde diese lästige Beigabe vollkommen verhindern konnte. In allen Fällen, und deren ist eine sehr grosse Zahl, war ich mit dem Resultate zufrieden. Die Heilung erfolgte je nach der Schwere der Erkrankung in 14 Tagen bis zu $^1/_4$ Jahr. — In die Eiterergüsse, welche im Beckenbindegewebe lagerten,

wurde, wenn dieselben der Scheide anlagen, alle 3 Tage eine Spritze 17 promille wässeriger Lösung auch mit sehr gutem Erfolge injicirt, nachdem vorher mit 2 proc. Lysollösung die zur Injection gewählte Stelle der Scheide peinlichst gereinigt war. Uebele Zufälle traten in keinem Falle ein. Die schmerzstillende Wirkung tritt mit ziemlicher Promptheit ungefähr 1 Stunde nach Einlage des Stäbchens auf. Die Heilungsdauer bei den Beckenexsudaten nahm verschieden lange Zeit (meist 6—8 Wochen) in Anspruch, was möglicher Weise durch tägliche Injectionen noch zu verkürzen wäre. Auch bei den so behandelten Frauenkrankheiten liess ich das Mittel innerlich verabreichen, stieg aber in keinem Falle über 0,5 g pro die.

Wenn diese Zeilen zu ausgedehnteren Versuchen mit dieser Substanz beitragen sollten, so wäre ihr Zweck erreicht.

Feuilleton.

Eindrücke von einer Reise zum internationalen Congress für Hygiene in London. August 1891. [1])

Von *H. Buchner.*

Meine Herren! Das Wenige, was ich Ihnen von meiner Reise erzählen kann, bedarf von vorneherein gar sehr Ihrer Nachsicht. Es sind Manche unter Ihnen, die durch viel längeren Aufenthalt und viel eingehendere Beobachtung mit England, speciell mit London vertraut sind, als dies bei mir nach einem nur ganz flüchtigen Besuche der Fall sein kann, und die daher in weit höherem Maasse berufen wären, über ein Land uns Aufschlüsse zu geben, das mit unserem Vaterland seit jeher gerade auf dem Gebiete der Naturwissenschaften und der Medicin im bedeutsamsten und innigsten Zusammenhang gestanden. Wenn wir uns an englische Grössen erinnern, an Harvey, Newton, Dalton, Faraday, an Darwin, und aus neuerer Zeit an so höchst erfolgreiche Praktiker wie Lister, wie Parkes und die ganze praktisch-hygienische Schule in England, so wird uns, glaube ich, klar, dass dieses Land für uns noch in anderer Hinsicht Interesse besitzt als nur durch seinen Reichthum, durch die Grösse seiner Verhältnisse, das Ueberwältigende der Handels- und Industrieentwickelung, die weltumspannende Ausdehnung seines Colonialbesitzes.

Wenn man eine Stadt zum ersten Male betritt, so sucht man sich vor allem einen Gesammteindruck von ihrer Physiognomie zu verschaffen. Nichts ist mir nun in dieser Beziehung in London vom ersten Augenblicke an mehr aufgefallen als die unendliche Menge der Familienwohnhäuser, die immer strassenweise nach gleichem Typus aneinandergereiht nach allen Richtungen hin die ältere Stadt mit ihren grösseren Häusern umgeben und zweifellos den weit beträchtlicheren Theil der Gesammtarea des jetzigen London bedecken. Mir scheint es zweifellos, dass nicht nur ein Bruchtheil, nicht etwa nur die Wohlhabenden, sondern ein paar Millionen Londoner in diesen Familienwohnhäusern untergebracht sein müssen. Dieselben zeigen die allerverschiedenste Grösse und Ausstattung, aber stets wiederholt sich in einer Strasse der gleiche Typus, wodurch bei einfachster Ausführung in grauröthlichem Backstein in den äusseren Theilen wohl zuweilen ein recht nüchternes Ansehen resultirt. Andere Typen zeigen jedoch kleine Erker im Erdgeschoss zur Vergrösserung des Hauptwohnzimmers und ausserdem ein kleines, mit Gitter abgeschlossenes grünes Plätzchen vor dem Hause, wodurch eine solche Strasse einen ganz freundlichen Charakter gewinnt. Die Meublirung in den kleinsten dieser Häuschen des ärmsten Stadttheiles, des Ostends erschien, soweit sich von aussen beurtheilen liess, einfach, aber durchaus nicht ärmlich und da der Blick durch die Wohnstube und ein rückwärtiges Fenster hindurch regelmässig in das hinter dem Hause befindliche Gärtchen fällt, so macht das Ganze unleugbar einen behaglichen Eindruck.

Nun haben die Leute in diesen Häuschen zweifellos auch manches Unbequeme mit in Kauf zu nehmen. Die Räume sind bei der nothwendigen Schmalheit der Basis nicht nebeneinander, sondern übereinander auf mehrere, 3 oder 4 Stockwerke, ein Erdgeschoss und 1—2 darüberliegende Geschosse vertheilt. Aber sie nehmen das für den Vortheil in Kauf, der ihnen darin liegt, ihr eigener Herr im Hause zu sein und eben das zu vermeiden, was von grösseren Miethshäusern unzertrennlich ist.

Durch diese vergleichsweise niedrigen, zum Theil sogar sehr niedrigen Häuschen gewinnen die Strassen des neueren London ein Maass von Licht und Luft, das man in anderen Grossstädten vergeblich sucht. Wenn letztere in die Höhe wachsen, so wächst London dafür in die Breite. Zugleich aber spricht die ungemein grosse Zahl von Familienwohnhäusern meines Erachtens zu Gunsten der Existenz einer breiten Mittelschichte in der Bevölkerung, im Gegensatze zu landläufigen Annahmen. Zwar schätzt man die Zahl der Armen, d. h. derjenigen, bei denen das wöchentliche Einkommen des Familienhauptes 1 Pfund (20 Mark) nicht übersteigt, auf 1 Million, worunter etwa 100,000 gänzlich Mittellose. Aber das macht noch kaum ein Viertel der Gesammtbevölkerung jener Riesenstadt, und dann muss wohl jener Mittelstand kommen, der nach unseren Begriffen wenigstens, wenn auch vielleicht nicht nach englischen, einigermaassen auskömmlich zu leben hat.

Erscheint so der allgemeine Charakter der Stadt hygienisch, was die bauliche Anlage betrifft, als ein günstiger — was mit der bekannten geringen Mortalität von 21 promille, der geringsten aller europäischen Grossstädte, wohl übereinstimmt — so sind doch auch verschiedene Schattenseiten vorhanden. Zunächst die Strassenreinlichkeit lässt in vielen Quartieren gar sehr zu wünschen übrig, wofür freilich zur Entschuldigung der wahrhaftig grossartige Fuhrwerksverkehr von London angeführt werden könnte, der einen massenhaften Anfall von Pferdeexcrementen zur Folge hat und es mit sich bringt, dass man in manchen Stadttheilen unwillkürlich an die Atmosphäre einer Reitschule oder eines Stalles erinnert wird. Das in London sehr verbreitete Asphaltpflaster wird bei feuchtem Wetter schlüpfrig, indess bewegen sich die Pferde in Folge von Angewöhnung mit grösster Gewandtheit auf demselben und verstehen es, aus schärfster Gangart rasch und ohne Ausgleiten zu pariren. Freilich ist das auch durchweg ein Pferdematerial, wie wir es in unseren deutschen Städten vergeblich suchen.

Leidet die Luft auf diese Weise durch Ausdünstung von den Strassen her, so wird sie anderseits von oben durch die zahllosen Feuerstellen einer solchen Riesenstadt fortwährend und auf die weiteste Ausdehnung hin verunreinigt. Auch an völlig heiteren Tagen löst sich in den grossen Londoner Parks, wo man einen weiteren Ausblick auf grössere Entfernungen geniesst, kaum der leichte bläuliche Duft, der auch inmitten der herrlichsten Gartenanlagen immer zum Bewusstsein bringt, wo man sich eigentlich befindet. Einen Athemzug mit dem vollen erfrischenden Gefühl der Reinheit scheint man in London nicht thun zu können. Zum wirklichen sanitären Uebelstand werden diese Dinge indess erst dann, wenn sich der Ostwind erhebt und aus den niederen und sumpfigen Districten von Essex und Kent wasserdampfgesättigte Luft hinzuführt, die bei der Vermischung mit den ungeheuren Rauchmassen Londons jene dichten schweren Nebel erzeugt, die zuweilen den Mittag ebenso dunkel erscheinen lassen, wie die dunkelste Nacht. Die Rauchtheilchen bilden den festen Kern, um welchen der Wasserdampf zu kleinsten Tröpfchen gewissermassen sich ankrystallisirt, ein Vorgang, der durch den bekannten Aitken'schen Versuch leicht veranschaulicht werden kann. So intensiver Nebel wirkt aber auf den Gesundheitszustand entschieden ungünstig, wie denn z. B. im Februar 1883, wo London unter besonders dichtem und anhaltendem Nebel zu leiden hatte, die Zahl der Todesfälle an Krankheiten der Respirationsorgane um 746 die Mittelzahl übertraf. Diese grossen Londoner Nebel zeigen übrigens auch eine gewaltige Ausdehnung, bis zu 35, ja 50 englischen Meilen. Soviel man sich auch Mühe gegeben hat, diese ebenso lästige als schädliche Erscheinung zu beseitigen und die Londoner Luft vom Rauche zu

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten im Aerztlichen Verein in München am 11. November 1891.

befreien, so blieb doch Alles bisher ohne genügenden Erfolg. Die „Smoke Abatement Act" bestimmt zwar, dass alle industriellen Etablissements und öffentlichen Gebäude ihren eigenen Rauch verzehren müssen, bis jetzt aber ist nichts geschehen in Bezug auf die ungeheure Zahl der privaten Feuerungsanlagen. Indess werden auch bei diesen allmählich wohl bessere Einrichtungen kommen müssen und zwar um so eher, als das gegenwärtige System gleichzeitig auch eine enorme Verschwendung bedeutet, da nach dem Bericht des „Smoke Abatement-Comité" durch Einführung von rationellen Rauchverzehrungsanlagen in mehreren grossen industriellen Anlagen bedeutende Kosten, bis zu 40 Proc. der verbrauchten Kohlen erspart werden konnten. Wie sehr das Gelingen einer befriedigenden Lösung dieser Frage auch für unsere Städte mit ihrem täglich sich mehrenden Kohlenconsum von Bedeutung wäre, braucht nicht besonders betont zu werden.

Dass die grosse Aufgabe der Beseitigung der Fäcalien aus London bisher kaum halbwegs befriedigend gelöst werden konnte, dürfte den meisten von Ihnen wohl bekannt sein. Die Schwierigkeit liegt hauptsächlich in den besonders ungünstigen Verhältnissen des Themseflusses, welchem durch die an sich musterhafte Canalisation nicht nur die Tag- und Hauswässer, sondern auch die gesammten Fäcalien zugeführt werden. Ein Stück Holz, das man in London in den Fluss wirft, schwimmt zwar 12 Stunden abwärts, dann aber wieder 12 Stunden flussaufwärts, wobei es ein sehr bedeutendes Stück wieder zurückgeführt wird, so dass 3 Tage darüber vergehen, bis es den Stadtrayon endgültig verlässt. Ein derartiger Fluss ist für Abschwemmung suspendirter Theile selbstverständlich recht ungeeignet. Die Uebelstände wurden denn auch bald so gross, dass man sich zu Abhilfsmaassregeln entschliessen und mit enormen Kosten Sammelcanäle entlang beider Flussufer construiren musste, welche die Canalwässer erst unterhalb Londons dem Flusslauf übergeben. Da aber bei stärkerem Regenfall, vielleicht auch sonst, diese Sammelcanäle, deren Gefälle ein ganz ungenügendes ist, zur Bewältigung der Wassermassen nicht ausreichen, so mussten Sturmauslässe geschaffen werden; was dadurch an Strassenunrath, wenn auch in verdünntem Zustand der Themse zugeführt wird, genügt, um dieselbe ungefähr ebenso trüb und schmutzig erscheinen zu lassen, als sie es vordem gewesen.

Die Beseitigung, resp. Vernichtung der nicht schwemmbaren Abfälle geschieht in London seit einer Reihe von Jahren mit bestem Erfolge durch die von Fryer construirten, sog. Destructoren, gemauerte Oefen, in denen die Abfälle auf eine geruchlose und unschädliche Weise in Asche umgewandelt werden, die als Düngmittel Verwendung finde.. Die mehr vegetabilischen Abfälle wurden zur Erzielung eines besser verkäuflichen Productes in sogenannten Carbonisers nur verkohlt. Anstatt Heizmaterial zu erfordern, bleibt die Verbrennung in den Destructoren durch die zugeführten Stoffe von selbst im Gang, und können dieselben sogar noch zur Heizung von Dampfkesseln zum Betriebe von Maschinen verwendet werden. Die Einrichtung erscheint somit in jedem Betracht rationell und verdient eventuell Nachahmung.

Merkwürdig ist die oft so ungleiche Vertheilung schlechter und guter Quartiere im Innern der Stadt. Selbst im fashionablen Westend findet man, aus früheren Zuständen herrührend, Strassen und Bezirke, in denen man in Folge der schlecht gehaltenen Fleisch- und Fischverkaufsläden und sonstigen Boutiquen, besonders aber in Folge des Publicums, das sich da schmutzig und verlottert herumtreibt, nur unangenehme, ja höchst widerliche Eindrücke davonträgt. Der Lärm und das bunte Strassenbild, das sich zuweilen darbietet, die Bänkelsänger mit ihrer Corona, die ohrzermarternden Strassenclaviere, die mit Karren herumziehenden Frucht- und Gemüsehändler und schliesslich der Schmutz auf den Strassen und an und in den Läden erinnern zuweilen auffallend an südliche Länder. Aber das Elend, das wir aus den Gesichtern der Begegnenden ablesen, hat in London eine viel grässlichere Form, und wenn der Lazzaroni in seiner armseligen und doch heiteren Bedürfnisslosigkeit uns ein Lächeln abgewinnt, so fühlen wir hier mit Entsetzen die ganze Tiefe menschlicher Verkommenheit und menschlichen Unglücks.

Das ist ein Punkt, der dem Psychologen zu denken geben mag. Diese Rasse scheint entschieden weniger als andere befähigt, Mangel und Verachtung zu ertragen. Man könnte freilich fragen: gibt es denn in der Weltstadt London, die statistisch nachweisbar so verschiedenartige Bevölkerungselemente in sich birgt, überhaupt noch eine Rasse im eigentlichen Sinn? Aber gerade das drängt sich dem festländischen Besucher Londons mit auffallender Deutlichkeit entgegen. Immer wieder ist man erstaunt über die Gleichförmigkeit des Typus, die anscheinende Reinheit der Rasse, gerade im Gegensatz zur abstammungsgemäss doch sehr gemischten Bevölkerung unserer Städte. Die fremdländischen Einwanderer in London dürften sich vorwiegend nur in bestimmten Vierteln aufhalten, oder sie mögen auch sonst in der Masse weniger auffallen, denn durch und durch bemerkt man bis hinab in die niedersten Schichten den wohlbekannten englischen Typus, die regelmässig gebildete Nase, das schmale Gesicht und einen gewissen vornehmen Zug, den auch die Leute in geringen Lebensstellungen kaum je vermissen lassen. Diese Reinerhaltung der Rasse, welche wir auch nach den vorhandenen Schädelmessungen als eine relativ reine germanische anzusehen haben — nebenbei bemerkt, waren die Normannen, obwohl in Folge ihrer Siedelungen an der französischen Küste französisch sprechend, richtige Germanen — mag durch die insulare Lage mächtig gefördert worden sein. Vielleicht wurden auch in England die seinerzeitigen Ureinwohner bei der ersten Besitzergreifung des Landes durch germanische Stämme gründlicher beseitigt, resp. in die bergigen Landestheile, z. B. nach Wales verdrängt, als dies in dem territorial weniger beengten Deutschland geschah. Wenigstens bei uns im Süden haben wir zweifellos eine derartige Ureinwohnerschaft gehabt, die fortexistirte und später mit den eingewanderten Germanen sich vermischte, worauf die durch Ranke nachgewiesene starke Zunahme der Brachykephalie in Südbayern deutlich genug hindeutet. Und in Baden haben die neueren anthropologischen Untersuchungen an Recruten sogar die noch gegenwärtig erkennbare Fortexistenz zweier, nicht einmal vollständig vermischter Bevölkerungselemente ergeben: einer mehr dolichokephalen, zugleich vorwaltend hochgewachsenen und blonden Gruppe, die auf reinere germanische Abstammung hindeutet, und einer ausgesprochen brachykephalen, zugleich vorwiegend kurzwüchsigen und brünetten Schichte, die man nur auf eine zur Zeit der germanischen Einwanderung vorhandene Ureinwohnerschaft beziehen kann. Die durchschnittlichen Schädelmaasse der jetzigen badischen Bevölkerung differiren in Folge dessen gewaltig vom Durchschnitt der Schädel aus den germanischen Reihengräbern. Anderseits haben wir dann in Deutschlands Osten die starke slavische Beimischung, die sich namentlich in Sachsen und Preussen, aber auch in Bayern sehr bemerkbar macht. Besonders in unserem Frankenlande existiren ja eine ganze Menge von ursprünglich wendischen Ortschaften und der Hergang dieser Dinge wird auch historisch begreiflich, wenn man weiss, dass schon unter den Karolingern, durch Karl den Grossen absichtlich slavische Stämme zwischen die germanischen hinein verpflanzt wurden, um letztere leichter zu beherrschen.

Um wie viel hiedurch, d. h. durch Rassenmischung der Charakter unter Umständen an Schmiegsamkeit gewinnen kann, ersieht man vielleicht am besten an der Höflichkeit der heutigen Sachsen, die so wenig als vermuthlich der bei uns übliche „gehorsame Diener" und das damit verbundene tiefe Hutabnehmen aus den altgermanischen Sitten oder Lebensanschauungen sich ableiten lässt. Eher möchten diejenigen Recht haben, welche die letztere ethisch und hygienisch wenig empfehlenswerthe Gewohnheit als eine ursprünglich den Hörigen und Leibeigenen zustehende Uebung bezeichnen, die bekanntlich kein langes Haar tragen durften, die wir aber trotz ihrer minderwerthigen moralischen und Rasseneigenschaften nicht nur assimilirt haben, sondern jetzt sogar noch in ihren Sitten verewigen.

Bei einem Aufenthalt in England nun bekömmt man bald den Eindruck, dass dieses Volk von seinen Leibeigenen, wenn

sie welche gehabt haben, nur wenig Gebräuche sich angeeignet oder festgehalten haben kann. Nichts liegt dem brittischen Stamme ferner als knechtische Art, und ich könnte nicht sagen, dass ich darin etwas Tadelnswerthes finde. Die Kehrseite, das Anmaassende und Rücksichtslose im englischen Volkscharakter, das sich international oft wenig angenehm bemerkbar macht, ist vielleicht nichts weiter als der natürliche Ausdruck eines starken männlichen Selbstbewusstseins, möglicher Weise nur die ursprüngliche freie Herrenart, die uns Deutschen ein wenig im Sturm und Drang und in der Noth der Zeiten abhanden gekommen. Wie sollte uns ein solcher Charakterzug verwundern bei den Nachkommen jener stolzen Eroberer, der Normannen, von denen es nur merkwürdig bleibt, dass ihre übrigen Machtbegründungen, namentlich jene auf Sicilien, staatlich mit Baronien und Majoraten genau so organisirt, wie die englische, so rasch wieder verfielen, während die letztere zur weltumfassenden Herrschaft sich erweiterte. Freilich, spurenloser Untergang war das Schicksal aller jener germanischen Siedelungen rings um das Mittelmeer; sie alle, den Keim von Staatenbildungen ursprünglich in sich tragend, mussten zu Grunde gehen, vielleicht aus ein und der nämlichen Ursache: weil die nordländischen Eroberer in einem Punkte den einheimischen Mitbewerbern auf die Dauer nicht gewachsen waren, im Ertragen der südländischen Malaria.

Den Engländern fehlt die glatte, äusserliche Liebenswürdigkeit der Franzosen; aber ihre rücksichtslose Art ist zugleich aufrichtiger und wahrhaftiger, ihre Zuneigung um ebenso viel werthvoller. Von der warmherzigen Gastfreundschaft, deren sich viele Mitglieder des Congresses erfreuen durften, könnte ich grossartige Beispiele erzählen. Kein Wunder, wenn sich deshalb vielfach gerade bei den Deutschen lebhafte Sympathien für England anknüpften, die hoffentlich befruchtend weiter wirken und uns veranlassen, das Gute, das die Engländer haben, bei uns einzubürgern. Zwar Wissenschaft, speciell Naturwissenschaft, kann man in Deutschland besser und gründlicher betreiben als irgendwo auf Erden; aber was wir in England lernen müssen, das ist die Kunst einer harmonischeren Lebensführung, einer gleichmässigeren Durchbildung des Menschen nach seinem geistigen und physischen Dasein, die im Hinblick auf die Zukunft, auf das dauernde Gedeihen unserer Nation im Wettbewerb mit anderen durchaus als erforderlich gelten muss. Die Engländer haben eben praktisch das Räthsel gelöst, wie man ein moderner Mensch und doch ein vollständig gesunder Mensch sein kann.

Nirgends sind mir die Unterschiede gegenüber den Verhältnissen und Lebensgewohnheiten unserer gebildeten Stände schärfer entgegengetreten als in der altberühmten Universitätsstadt Cambridge. Cambridge ist überhaupt ein höchst merkwürdiges Stück Erde. Aus dem Londoner Treiben nach einstündiger rasender Schnellfahrt in Cambridge angelangt, fühlt man sich mit einem Schlage gleichsam in's Mittelalter versetzt. Die altersgrauen Mauern der Colleges mit ihren stillen, mit herrlich grünem Rasen geschmückten klosterartigen Höfen, die zierlichen Kapellen, die alten gothischen behaglichen Speisehallen und vor allem die Ruhe und der Friede, die überall herrschen, alles das lässt nicht ahnen, dass man sich inmitten des in Technik und Handel so gewaltig voranstrebenden England des 19. Jahrhunderts befindet. Aber wenn die Studenten zum Besuch der Vorlesungen nie anders als im hergebrachten mittelalterlichen Schülermantel mit Barett sich verfügen, so gebraucht jeder von ihnen dafür eben so oft auch jene 3—4 Sportkleidungen, die ihm bereit hängen, und von denen eine zum Rudern, eine andere zum Football, wieder eine zum Criket u. s. w. gehören. Und wenn wir aus dem Thore des College hinaustreten, so sehen wir auf den Wiesenflächen, die sich zwischen grossen Baumgruppen unmittelbar anschliessen, die studirende Jugend in den Erholungsstunden frei sich tummeln, nicht wie bei uns gar häufig nur über Bücher gebeugt oder im Caféhaus beim Skat versumpfend oder in der Kneipe ihrer Väter theures Geld in ungezählten Litern verausgabend.

Freilich, auch unser Studentenleben hat viel Schönes, hat manche poetische Seite. Aber wir brauchen ja das Gute darum nicht aufzugeben und könnten doch vorwärts kommen, wie ich glaube. Ich habe eben den entschiedenen Eindruck — ich weiss nicht, ob das richtig ist, denn eine Statistik darüber existirt nicht — als ob man in England unter den gebildeten Klassen viel weniger Personen mit mangelhafter körperlicher Entwickelung begegnete als bei uns. Jedenfalls Brillenträger gibt es dort bei weitem weniger und, was besonders die älteren Männer anbetrifft, so findet man bei ihnen, soweit die verschiedenen Festversammlungen des Congresses dazu Gelegenheit boten, eine auffallende Frische des Aussehens und eine in Erstaunen setzende Lebendigkeit und Rüstigkeit. Dass hieran ausschliesslich nur die günstigeren Lebensverhältnisse schuld seien, denen man in England allerdings allenthalben entgegentritt, kann ich kaum glauben.

Im besonderen in ärztlichen Kreisen fand ich die gleiche Beobachtung bestätigt und niemals sah ich eine stattlichere Versammlung von älteren Herren, gleichmässig ausgezeichnet durch Würde wie durch ungezwungene Heiterkeit, als bei dem Festmahl, das vom Präsidenten des Royal College of Physicians den Delegirten des Congresses gegeben ward. Dies Royal College, im Jahre 1518 durch Sydenham begründet, ist nicht etwa ein ärztlicher Verein, sondern eine Art von wissenschaftlicher Behörde, der unter anderm das Recht zusteht, auf Grund von Prüfungen Aerzte in London zu creiren. Ein Palast an einem der schönsten Plätze Londons dient ihm zum Sitz, auf dessen Treppe die Vorsteher in rothseidenen Mänteln uns, ihre Gäste, empfingen. Im Bibliotheksaal, schön geschmückt mit Blumen und Oelgemälden, folgte dann das Diner, bei dem Sir Andrew Clarke, Leibarzt der Königin und einer der ersten Aerzte Londons, in liebenswürdig heiterer Art den officiellen Toast auf die Königin von England hielt, während schon beim darauffolgenden Toast auf den anwesenden Prinzen von Wales die Cigarre gestattet und damit eine ganz ungezwungene Stimmung inaugurirt war.

Wie conservativ man in England in Bezug auf alte Gebräuche ist, davon zeugte mir der Toastmaster, der mit laut erhobener Stimme die einzelnen Toaste ankündigte, noch viel mehr aber die urgermanische Sitte des Rundtrunks, die hier wieder zum Aufleben kam und in einer aus allen Nationen, also auch Japanen, Siamesen, Indern und Türken zusammengesetzten Gesellschaft seltsam genug berührte. Die Sitte verlangt, dass man stehend dem Nachbar den Becher hinreicht und stehend so lange verharrt, bis derselbe getrunken, ein symbolischer Act, der nichts Geringeres bedeuten will, als den Schutz des trinkenden Gefährten gegen Verrath, dessen Ursprung daher bis in die Zeiten des Nibelungenliedes und der Siegfriedsage hinaufreicht.

Trotzdem würde man in der Vermuthung sehr irregehen, dass die Fortübung solcher alter Trinkgebräuche bei den heutigen Engländern nun auch mit einer tüchtigen Consumtion alkoholischer Getränke verbunden sei. Im Gegentheil und wenigstens in ärztlichen und hygienischen Kreisen — denn auf diese erstreckt sich ja meine Erfahrung allein — war ich wiederholt aufs höchste erstaunt über die allgemein herrschende Mässigkeit, die für uns Deutsche bis jetzt noch etwas geradezu Unbegreifliches, nach meiner Meinung aber etwas Bewunderns und höchst Nachahmenswerthes an sich hat. Wo wird man es bei uns je erleben, dass eine Festversammlung ein paar Stunden nach Beendigung des Diners beisammen bleibt in fröhlichster Laune und sogar bei Rundgesängen, dabei aber wenig mehr als Sodawasser consumirend?

Das ist nun freilich vergleichsweise eine Kleinigkeit, aber es lässt doch, glaube ich, das Aufkommen solcher neuer besserer Sitten einen Grad von verständiger Selbstzucht erkennen, der nicht zu unterschätzen ist und sehr zur Nacheiferung einlädt. Denn den Engländern liegt ja, im Gegensatze zu den Romanen, die wir als geborene Temperenzler betrachten dürfen, wie allen germanischen Völkern die Vorliebe für die geistigen Getränke sozusagen im Blute, und man weiss auch, dass England noch gegenwärtig kein Land ist, in dem der Alkoholgenuss im ganzen als verabscheuungswürdiges Laster gilt.

Meine Herren! Mit diesen wenigen Zügen möchte ich mich für heute begnügen und ihre Geduld nicht zu lange in Anspruch nehmen. Was mir sonst meinen Aufenthalt in London und meine Reise interessant gemacht, davon hoffe ich bei guter Gelegenheit Ihnen noch das eine und andere mittheilen zu können. Es waren dies vor allem die Fahrt zur Königin von England nach Osborne auf der Insel Wight, an der ich als Delegirter des bayerischen Kriegsministeriums die Ehre hatte theilzunehmen; ferner die Verhandlungen in der bakteriologischen Section über die Immunitätsfrage, die unter Lister's Präsidium durch die hervorragende Betheiligung von Metschnikoff und Roux sich bemerkenswerth genug gestalteten, die Besichtigung des geradezu mustergültigen militärischen Herbert-Hospital in Woolwich, die Einrichtungen für das medicinische Studium in Cambridge, das neue herrlich ausgestattete Spital Stuivenberg in Antwerpen, die sanitären Verhältnisse Amsterdams und Anderes, was sich daran schliesst.

Was mich eigentlich gerade in England am meisten interessirt hätte, der Zustand der socialen Frage und die Bemühungen, die dort zur Lösung dieser grössten, mit der Hygiene in innigster Verbindung stehenden Aufgabe der Gegenwart gemacht werden, darüber war es mir bei der Kürze meines Aufenthalts nicht möglich, mehr als vereinzelte Wahrnehmungen zu machen und gelegentliche Aufschlüsse zu erhalten. Aber schon dieses Wenige hat mich zu der Ueberzeugung geführt, dass in England von Seite der gebildeten Klassen den bestehenden Uebelständen ein unverhältnissmässig hoher Grad von wirklichem, nachhaltigem Interesse entgegengebracht wird, der bereits anfängt, in Thaten sich umzusetzen, und der wesentliche Fortschritte für die Zukunft mit Sicherheit erwarten lässt.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. **Ernst Stadelmann** in Dorpat: **Der Ikterus und seine verschiedenen Formen, nebst Beiträgen zur Physiologie und Pathologie der Gallensecretion** mit 13 in den Text gedruckten Abbildungen, 287 S. Stuttgart, F. Enke.

In einer umfangreichen, sehr sorgfältig ausgearbeiteten Monographie gibt uns Stadelmann einen erschöpfenden kritischen Ueberblick über das, was zur Zeit zur Frage der Gallensecretion und des Ikterus vorliegt. Stadelmann ist durch seine eignen und die Arbeiten zahlreicher von ihm geleiteter Schüler in hervorragendem Maasse berechtigt und befähigt, in diesem vielfach noch dunkeln Gebiete Klärung zu schaffen und wenn der Satz „simplex veri sigillum“ zu Recht besteht, so ist seinen Bestrebungen auch der Erfolg nicht ausgeblieben. Die Lehre von der Entstehung des Ikterus gewinnt nach den Ausführungen St. sehr an Einfachheit, indem er überzeugend darthut, dass einer Reihe bisher genetisch unterschiedener Formen desselben im Grunde doch derselbe Entstehungsmodus zukommt. Ref. kann es sich nicht versagen, den reichen Inhalt des Buches in Kürze anzudeuten.

Das Buch lässt sich in einen physiologischen und einen pathologischen Theil trennen. In ersterem verbreitet sich der Verf. über die Herkunft und den Entstehungsort der wichtigsten Gallencomponenten, also des Gallenfarbstoffs, der Gallensäuren, des Cholestearin und des Gallenwassers. Die Gallensäuren werden sicher in der Leber gebildet und auch für den Gallenfarbstoff ist dies kaum mehr zweifelhaft. Vielleicht ist auch die Cholestearinbildung eine Funktion der Leberzellen. Das Gallenwasser anlangend betont St., dass reichliche Wasserzufuhr die Gallensecretion nicht steigert. Ueberhaupt zeigt sich die in gleichen Zeitabschnitten gelieferte Gallenmenge von zum Theil noch völlig unbekannten Factoren abhängig und unterliegt physiologisch ohne ersichtliche Ursache oft ganz gewaltigen Schwankungen. Die Kenntniss dieser Verhältnisse ist sehr wichtig für die Beurtheilung von Versuchen, in denen die cholagoge Wirkung gewisser Stoffe geprüft werden soll. Ein bedeutender Einfluss auf die Gallenmenge kommt reichlicher Nahrungs- (insbesondere Eiweiss-) Aufnahme zu, durch welche die Gallensäuren erheblich vermehrt werden. Was das Verhältniss der verschiedenen Leberproducte zu einander betrifft, so steht sehr wahrscheinlich das Glykogen in Beziehung zur Gallenbildung. Beide werden wohl auch von denselben Zellen producirt. Die Bilirubin- und die Gallensäurebildung laufen in der Leber nicht parallel mit einander, sondern entsprechen gesonderten Zellthätigkeiten, von denen gelegentlich die eine die andere überwiegen kann. Man kann von einem Kreislauf der Galle sprechen, indem die Galle, besonders die Gallensäuren, von dem Darm zum Theil wieder resorbirt werden und abermals durch die Leber zur Ausscheidung gelangen.

In dem pathologischen Theil des Werkes bespricht St. zunächst die verschiedenen Theorien über das Zustandekommen des Ikterus. Die Suppressionstheorie nimmt an, dass die Galle, im Blut vorgebildet, durch die Leber nur ausgeschieden werde. Durch Unterdrückung dieser rein excretorischen Thätigkeit der Leber entstehe der Ikterus. Da indessen die Voraussetzung der Bildung der Galle (insbesondere der Gallensäuren) im Blut nach den vom Verf. im ersten Theil des Buches gemachten Ausführungen falsch ist, so ist diese Theorie hinfällig. Die Theorie des hämatogenen Ikterus nimmt an, dass das Hämoglobin des Blutes in diesem selbst ohne Vermittelung der Leber sich in Bilirubin umwandele. Der Ikterus hätte also in diesem Falle mit der Leber gar nichts zu thun. Die Theorie des Resorptionsikterus endlich führt den Ikterus auf eine Behinderung des Abflusses der Galle in der Leber zurück, infolge dessen dieselbe durch Resorption in's Blut übergeht. Die nun folgenden eingehenden Darlegungen über verschiedene Formen von theils experimentell erzeugtem, theils klinisch zur Beobachtung kommendem Ikterus laufen alle darauf hinaus, die Theorie eines hämatogenen Ikterus zu untergraben. Wer denselben aufmerksam folgt, wird St. schliesslich Recht geben, wenn er sagt: den hämatogenen Ikterus halte ich für principiell widerlegt. Es bleibt somit nur der Resorptionsikterus übrig. Auch die Annahme eines Urobilinikterus, d. h. einer Tinction der Gewebe durch Urobilin ist noch völlig unbewiesen. Nicht zu verwechseln ist Urobilinikterus mit den zahlreich vorkommenden Fällen von Urobilinurie. Auf Einzelheiten, die allerdings des Interessanten genug bieten würden, einzugehen, kann hier nicht unsere Aufgabe sein.

Es kommen zu ausführlicher Besprechung der Ikterus nach Vergiftung mit Toluylendiamin, mit Phosphor, mit Arsenwasserstoff und der Ikterus neonatorum. Ausführungen über den verschiedenartigen Einfluss der einzelnen Blutgifte auf das Blut, die Beziehungen der Hämoglobinämie zur Hämoglobinurie und zum Ikterus, ferner über die Frage, ob es einen Ikterus infolge von Polycholie gibt, Erörterungen über die verschiedenen möglichen Formen des Resorptionsikterus, über die Folgen der Gallenresorption für den Organismus, über die als Acholie, Cholämie und Ikterus gravis bezeichneten pathologischen Zustände, endlich kritische Bemerkungen über die Therapie des Ikterus beschliessen das Werk. Die Lectüre des Buches ist infolge zahlreicher den Arbeiten Stadelmann's und seiner Schüler entnommener Tabellen, Curven und Versuchsprotokolle keine ganz leichte, auch wäre an manchen Stellen vielleicht eine etwas knappere Darstellungsweise und eine schärfere Resümirung möglich gewesen. Alles in Allem aber stellt das Buch Stadelmann's eine sehr werthvolle Bereicherung unserer Literatur dar, deren Studium angelegentlichst zu empfehlen ist. Dem auf demselben Gebiete arbeitenden Forscher wird das Werk schon durch die Fülle der Literaturangaben geradezu unentbehrlich sein. Moritz-München.

A. Ripperger: Die Influenza. Ihre Geschichte, Epidemiologie, Aetiologie, Symptomatologie und Therapie, sowie ihre Complicationen und Nachkrankheiten. München, J. F. Lehmann 1892.

Seiner königlichen Hohheit, dem Prinzen Ludwig Ferdinand von Bayern, dem königlichen Arzte, ist das obige Werk gewidmet, welches in erschöpfender und sachkundiger Weise die Geschichte, Epidemiologie, Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Influenza sowie die Complicationen und Nachkrankheiten derselben behandelt.

Was zunächst den geschichtlichen Theil anbelangt, so liegt der Werth desselben nicht allein darin, dass nicht nur die gesammte Literatur nach den einzelnen Epidemien geordnet aufgezählt ist, sondern hauptsächlich in der objectiven, auf gründlichem Quellenstudium basirten klaren Darstellung, durch welche namentlich auch die irrigen Theorien von Gluge, Schweich u. A., dass der Gang der Influenza-Pandemien stets von Osten nach Westen gerichtet sei etc., widerlegt werden, Theorien, die in der vor wenigen Tagen erschienenen Abhandlung von Ruhemann über die Influenza mit wenig Glück aufs Neue geltend gemacht wurden.

Ein grosses Verdienst hat sich der Verfasser durch den epidemiologischen und ätiologischen Theil des Werkes erworben, in welchem alle älteren Theorien über die Entstehungs- und Verbreitungsursachen der Influenza kritisch erörtert werden und auf Grund des bei der letzten Pandemie gesammelten statistischen Materials eine neue ätiologische Lehre begründet wird. Während Verfasser die Ergebnisse der bakteriologischen und meteorologischen Untersuchungen mit Recht als unvollkommen und im Wesentlichen als negativ bezeichnet, sucht er auf epidemiologischem Wege und namentlich mit Hülfe der in scharfsinniger Weise verwertheten Statistik, sowie der Ergebnisse seiner historischen Forschungen den Beweis zu führen, dass die Influenza eine einheitliche Infectionskrankheit ist, welche durch einen bestimmten, bis jetzt noch unbekannten Krankheitserreger verursacht wird, dessen Verbreitung vom menschlichen Verkehr nur insoweit abhängig ist, als dies für die Cholera erwiesen wurde. Zahlreiche Beweise führt Verfasser gegen die Annahme einer contagiösen Verbreitung der Influenza an, so namentlich dass die Pfleger und Pflegerinnen relativ selten erkrankten, und dass Influenzakranke, welche unter andere Kranke gelegt wurden, die Krankheit unter den Zimmergenossen nicht verbreiteten, dass von zahlreichen Familienmitgliedern oft nur eine Person erkrankte etc. Der Krankheitserreger ist vielmehr ein ectogener, über dessen Beeinflussung durch meteorologische und klimatische Verhältnisse, sowie durch die Bodenbeschaffenheit noch wenig sichere Thatsachen vorliegen, mit Ausnahme von der, dass die meisten der bis jetzt beobachteten Epidemien in die Wintermonate fielen, tiefgelegene Orte öfters bevorzugt und schwerer befallen worden sein sollen etc.

Der klinische Theil des Werkes bringt zahlreiche neue Thatsachen, welche namentlich den vervollkommeten Hülfsmitteln der klinischen Beobachtung bei der letzten Epidemie zu verdanken sind.

Den Schluss des Werkes, dem auch Curven über den Verlauf einzelner Influenza-Epidemien beigegeben sind, bildet eine dankenswerthe Zusammenstellung der neueren Influenza-Literatur. Prof. Dr. R. Emmerich.

Dr. **Goering**, dirig. Arzt des Vereinskrankenhauses zum rothen Kreuz in Bremen: **Lehrbuch für Krankenpflegerinnen.**

In dem vorliegenden Lehrbuch ist Alles, was auf die Pflege von innerlich Kranken Bezug hat, in recht verständlicher und eingehender Weise abgehandelt. Im Anschluss daran sind einige sehr lehrreiche Vorträge von Dr. Stoevesandt über die Krankheiten des Nervensystems geliefert worden.

Ueber den chirurgischen Theil der Krankenpflege ist die Anleitung des Lehrbuches eine weniger genügende; es wird hier wenig mehr als eine allgemeine Orientirung über Antiseptik, Knochenbrüche und Blutungen gegeben; auf das so nothwendige Detail, das sich die Krankenpflegerinnen durch Zuhilfenahme ihres Lehrbuches immer wieder von Neuem einprägen müssen, wird nicht eingegangen. So ist z. B. bei den antiseptischen Mitteln nicht einmal die Stärke der gewöhnlichen Lösungen angegeben; bei den Knochenbrüchen ist von Schienen und Nothverbänden die Rede, aber ohne nähere Beschreibung derselben; bei der Blutstillung sind wohl die Punkte aufgezählt, wo die Arterien zusammengedrückt werden können, aber ohne ein Bild, auf dem diese wichtige Hilfeleistung veranschaulicht wäre. Ueberhaupt ist in dem ganzen Buche, das auch eine 42 Seiten lange Abhandlung über Anatomie und Physiologie enthält, nicht eine einzige Abbildung aufzufinden.

Wenn in ähnlicher Weise, wie in Bezug auf die Nervenkrankheiten, von einem chirurgischen Mitarbeiter eine etwas ins Einzelne gehende Anleitung für die chirurgische Krankenpflege unter Beilage der unentbehrlichsten Abbildungen dem Lehrbuch angefügt würde, so dürfte gewiss auf Verbreitung desselben in weiteren Kreisen zu rechnen sein.

Die in der Vorrede enthaltenen Ausführungen über die Berufskrankenpflege sind für alle Mitarbeiter an den Aufgaben des rothen Kreuzes von hohem Interesse. Port.

Vereins- und Congress-Berichte.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 15. December 1891.

Vorsitzender: Herr Schede.

I. **Demonstration.** 1) Herr Schede zeigt a) einen Mann, der vor $1\frac{1}{2}$ Jahren eine Oberschenkelfractur rechts erlitten hatte. Diese Fractur war mit einer Verkürzung des Beins von 11,5 cm geheilt, bedingt durch starke Verschiebung der Fragmente. Schede durchmeisselte die Fracturstelle und liess darauf schwere Gewichte (20—25 Pfund) mittels Extensionsverband wirken. Die Heilung zog sich sehr in die Länge, ist aber jetzt beendet. Die jetzige Verkürzung des Beins beträgt nur noch 1,5 cm.

b) zwei Männer mit Prostatahypertrophie. Vortragender bespricht die in letzten Jahren gemachten operativen Versuche zur Beseitigung dieses Leidens, speciell die Resection des Mittellappens (Kümmell) und die von v. Dittel empfohlene „Prostatectomia lateralis". Letztere Operation, die Küster 3 mal mit Erfolg ausführte, hat Schede in den beiden vorgestellten Fällen ebenfalls vorgenommen. Der Schnitt verläuft dabei in der Mittellinie des Dammes und umkreist die rechte Hälfte des Afters mit der Sphincterengegend. Es gelingt so, die ganze Prostata zugänglich zu machen, so dass von den Seitenlappen so viel fortgenommen werden kann, als nothwendig ist. Besonders zu achten ist darauf, die Harnröhre nicht zu verletzen. Die beiden vorgestellten Kranken sind im Stande, den Urin im Strahle zu entleeren (Demonstration), so dass das functionelle Resultat der Operation als vorzüglich bezeichnet werden kann.

c) das Präparat einer Venennaht von der V. cava. Dasselbe entstammt einem Patienten, dem vor 3 Wochen ein mannskopfgrosses Nierencarcinom exstirpirt wurde. Hierbei gelangte die V. cava in die elastische Ligatur und wurde seitlich verletzt. Schede nähte die Venenwunde in der schon früher von ihm angegebenen und empfohlenen Weise. Die Naht bewährte sich wieder vortrefflich. Patient ging jetzt aus anderer Ursache zu Grunde; die aufgeschnittene Cava zeigt die völlige Verheilung der Naht.

2) Herr Unna demonstrirt im Anschluss an seine frühere „Favusdemonstration am Menschen" zunächst eine Favusmaus, bei welcher grosse Scutula mittelst des Favus sulfureus tardus erzeugt worden sind und sodann im Gegensatze dazu Mäuse, die mit den 2 anderen Favusarten geimpft sind. Bisher war es nur bei Meerschweinchen geglückt, mittelst dieser Favusart Scutula zu Wege zu bringen; bei achtmaliger Impfung auf verschiedenen erwachsenen Menschen waren nur sog. herpetische Kreise entstanden, während die Ausgangscultur doch vom Kopfe eines mit Scutula behafteten Kindes stammten. Seit Erzeugung dieser sehr grossen Scutula an der Maus erscheint es nicht nöthig, die Favusarten dieses Pilzes auch noch durch Ueberimpfung auf den behaarten Kopf am Menschen zu verificiren. Herr Unna bespricht sodann die Unterschiede der drei bisher gekannten Favusarten in den Culturen, makroskopisch und mikroskopisch, und in den erzeugten Scutulis auf Menschen und Mäusen und die Methoden der Scutulaerzeugung auf Thieren. Am besten ist die Verfütterungsmethode der Agar-Reinculturen, bei der die Thiere sich selbst an der Schnauze impfen.

Der Widerstand, welchen die neue Lehre von der Vielheit der Favus- und Trichophytonpilze gefunden hat, rührt zum

Theil davon her, dass diese Pilze schon bei sehr kleinen Differenzen im Nährboden erhebliche Differenzen im makroskopischen Aussehen der Culturen zeigen. Es waren daher manche Forscher geneigt, überhaupt alle Differenzen auf solche Abweichungen des Nährsubstrats zu schieben, mithin die verschiedenen Favi für eine Species zu halten. Diesem Dilemma entgeht man aber vollständig, wenn man es sich zur Regel macht, die erhaltenen Reinculturen stets neben einander auf ein und dieselbe Platte zu impfen; es treten dann die bleibenden Differenzen in der Schnelligkeit und Art des Wachsthums und dem Sauerstoffbedürfniss klar zu Tage. Herr Unna demonstrirt zur Illustration des Gesagten einerseits die Pepton-Levulosecultur auf 2 proc. und 4 proc. Agar, andererseits eine Pepton-Maltosecultur des Favus sulfureus tardus. Und weiter Plattenculturen, auf welchen mittelst dreier Striche die drei Favuspilze neben einander geimpft und sehr verschieden gewachsen sind und Kartoffelculturen derselben Pilze.

Im Anschlusse hieran erläutert Herr Unna die Plattenmethode, deren er sich bei seinen Favusarbeiten bedient und die er überhaupt für alle verflüssigenden Pilze, welche langsam wachsen und daher ein langes Conserviren der Platten erfordern, sehr empfiehlt. Es gehören zu dieser Methode einfache, länglich viereckige Rahmen[1]) von verzinktem Eisenblech und etwa 1 cm Höhe, die gerade so gross sind, dass ein gewöhnlicher Objectträger leicht hindurch geht. Die Dichtung des Zwischenraumes zwischen diesen Rahmen und den als Platte dienenden Objectträgern besorgen Streifen eines Sublimatpflastermulls, den Herr Dr. Mielck hierfür anfertigt. Rahmen mit Platte werden erst vor dem Gebrauch über der Flamme sterilisirt und nach dem Giessen wird die Platte umgekehrt, so dass der Rahmen sie frei schwebend und vor aller Verunreinigung geschützt hält, obwohl sie von oben her stets, selbst der mikroskopischen Beobachtung zugängig ist. Man kann so viele Platten in einer feuchten Schale Monate lang neben einander beobachten, ohne dass sie verunreinigt werden und dieselben durch Collodiren schliesslich leicht in Dauerplatten verwandeln.

Schliesslich demonstrirt Herr Unna noch eine neue, sehr einfach und sicher wirkende Bacterienangel[1]) für das Arbeiten mit Plattenculturen, die auf das Princip des Zeiss'schen Schlittenausweehslers gebaut, aber auch bei sehr genau centrirten Revolvern anwendbar ist.

3) Herr E. Fränkel demonstrirt Thiere, die mit Erysipelcoccen geimpft sind. Vortragender wendet sich zunächst gegen eine Bemerkung von Thiersch auf dem diesjährigen Chirurgencongress, dass schon Fehleisen die eiterbildende Fähigkeit seines Erysipel-Streptococcus gekannt habe. In Fehleisen's Monographie fand Vortragender gerade das Gegentheil behauptet, wie die meisten Autoren bis in die neueste Zeit ebenfalls annehmen. Vortragender ist bekanntlich für die Identität des Fehleisen'schen Erysipelcoccus mit dem Streptococcus pyogenes schon wiederholt eingetreten. Neuerdings secirte er ein 9 monatliches Kind mit Erysipel am Hinterkopf, das an einer eitrigen Peritonitis zu Grunde ging. Aus der Haut des Kopfes konnte Vortragender Reinculturen eines sehr virulenten Streptococcen darstellen, mit denen sich sowohl Erysipel wie Eiterungen erzeugen liessen. Demonstration einer Maus, die gestern geimpft ist und jetzt sehr krank erscheint. Die Thiere sterben nach 2—3 Tagen. Bei der Section findet man purulentes Oedem um die Injectionsstelle herum, Pericarditis etc. (Demonstration secirter Mäuse in Spiritus mit den geschilderten Veränderungen). Zwei Kaninchen, die mit denselben Culturen am Ohr geimpft sind, haben dort typisches Erysipel bekommen (Demonstration). Vortragender ist nach wie vor für die Identität beider Coccenarten.

II. Herr Franke: Einige Bemerkungen über Haut- und Schleimhaut-Transplantation bei der Operation der Trichiasis. (Der Vortrag wird anderweitig veröffentlicht werden).

[1]) Vorräthig bei Bauer und Häselbarth, Hamburg-Einsbüttel.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de biologie.

Sitzung vom 12. December 1891.

Gley kam bei seinen Untersuchungen über die Functionen der Schilddrüse zu Ergebnissen, die jenen anderer Autoren theilweise entgegengesetzt sind: er fand, dass die Thyroidectomie für das Kaninchen sowie für den Hund tötlich ist. Und zwar traten schon 20—27 Stunden nach der Operation schwere Zufälle (klonische, seltener tonische Krämpfe, Lähmungen, Hyperthermie — im Urin oft etwas Eiweiss) und im Allgemeinen schon wenige Stunden später der Tod ein; bei der Autopsie findet man Hyperämie der Hirnrinde und einiger Eingeweide. Damit jedoch diese Wirkungen sich zeigen, muss man ausser der eigentlichen Schilddrüse auch eine kleine Drüse entfernen, welche beiderseits 1/2 cm unterhalb des Seitenlappens befindlich gerade der Carotis aufliegt; in ihrer Structur gleiche diese Drüse der embryonalen Schilddrüse. Würde nur die Schilddrüse entfernt, so entwickelten sich diese beiden Drüsen weiter, verdoppelten sich in 1—2 Monaten an Gewicht und nähmen schliesslich den Charakter der Schilddrüse an. Gley hat ferner, um eventuelle Beziehungen zwischen Glandula pituitaria und Schilddrüse zu prüfen, bei einem Kaninchen, welches die Thyroidectomie überlebt hat (ohne Exstirpation der erwähnten zwei Drüsen) die Glandula pituitaria zerstört, respective glaubt sie zerstört zu haben, nur die Autopsie dürfte den sicheren Beweis dafür liefern. Kurz darauf und einmal erholt von der Gehirnverletzung zeigte dieses Kaninchen einige leichte convulsivische Anfälle, sodann trophische Störungen — gewisse Verdickung der Gewebe und abundante Abschuppung der Epidermis —, stumpfsinnige Gleichgültigkeit a. A. m. Auch aus seinen anderweitigen Experimenten glaubt Gley mit Recht schliessen können, dass man unter gewissen Bedingungen nach der Thyroidectomie beim Kaninchen und Hund eine Kachexia strumipriva beobachten kann.

Sitzung vom 19. December 1891.

Angeregt durch die günstigen Erfolge der Massage bei Verrenkungen, Luxationen u. s. w. betrat Castex im Laboratorium Richet's einen neuen Weg zu experimentellen und histologischen Untersuchungen über die Massage. Er erzeugte an Hunden verschiedene künstliche Verletzungen (Verrenkungen, Contusionen, Luxationen etc.) und zwar stets symmetrisch an beiden Hüft-, Schultergelenken u. A. m. und soweit als möglich, in gleicher Intensität. Dann wurde durch einen specialistisch ausgebildeten Masseur die eine Seite methodisch massirt, die andere dem natürlichen Verlaufe überlassen. Als unmittelbare Folge der Massage trat Abnahme der Schwellung und des Schmerzes ein; als mehr späterhin sich einstellendes Resultat: Ausbleiben der Amyotrophie. So mass ein massirtes Schultergelenk 30 und 19,5 cm an Umfang, das nicht massirte 28 und 18. Von 8 Experimenten waren 6 beweiskräftig, zwei blieben resultatlos, weil die Hunde die Verletzungen ohne irgend welche Folgen ertragen hatten, keines widerlegend. Die histologischen Untersuchungen ergaben Folgendes:

I. Am Muskel der verletzten und nicht massirten Seite zeigt sich Auseinanderzerrung der Muskelbündel in Fibrillen, was durch wohl erkennbare Längsstreifen charakterisirt ist, sodann Hyperplasie des anliegenden Bindegewebes und Volumsverminderung der Muskelbündel; das Sarkolemm im Allgemeinen intakt. Der Muskel der verletzten, massirten Seite ist normal.

II. Die Gefässe sind normal auf der massirten Seite; auf der nicht massirten zeigen sie Hyperplasie der Adventitia.

III. Die Nervenzweige sind normal auf der massirten Seite, auf der nicht massirten bieten sie die Zeichen der Peri- und Endoneuritis. Von Seiten des Rückenmarkes zeigte sich keinerlei Veränderung.

Diese Resultate, in jedem Falle gleicherweise erhalten, seien im Stande, eine positive Erklärung über den eigentlichen Mechanismus der Massage zu geben: sie reinige einen Körpertheil von den verschiedenen schädlichen Substanzen, welche die Verletzung in ihm abgelagert habe und führt ihn in den normalen Zustand zurück, indem sie der diffusen Sklerose, welche entstanden wäre, vorbeugt. St.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

(Zur Wirkungsweise des Syzygium Jambolanum beim Diabetes mellitus.) Um zu einem Verständniss für die Wirkung des in letzter Zeit gegen Diabetes mell. vielfach empfohlenen Extr. Syzyg. Jambol. zu gelangen, untersuchte Dr. H. Hildebrandt im pharmakolog. Institut zu Breslau (Berl. Kl. W. 1/92) einen Auszug der Fruchtschalen von Syzygium auf seine etwaige Einwirkung auf die Thätigkeit der zuckerbildenden Fermente, dabei von der Annahme ausgehend, dass der Diabetes mell. auf abnorm gesteigerter Zuckerproduction, in Folge abnormer Fermentation unter dem Einfluss eines saccharificirenden Fermentes, beruhe. Das Ergebniss war, dass durch das Extract verschiedene pflanzliche und thierische Fermente in ihrer Wirkung auf ihre specifischen Substrate geschwächt wurden; insbesondere gilt dies sowohl für pflanzliche Diastase, wie für die saccharificirenden Fermente des Blutserums, des Speichels und des Pankreasextractes. Hingegen liess sich auf die der Eiweissverdauung dienenden Fermente, Pepsin und Trypsin ein analoger Einfluss nicht

constatiren. Es lässt sich somit die Wirkung des Syzygium bei Diabetes so erklären, dass dasselbe im Magendarmkanal die Saccharificirung der Amylaceen, in den Geweben die Saccharificirung des Glykogens beschränkt; dabei wäre noch der Umstand besonders günstig, dass es die Eiweissverdauung nicht stört. (Die Darreichung des Extr. Syzyg. Jamb. fluid. geschieht nach Ewald, Arzneiverordnungslehre, in Dosen von 50,0—100,0).

(Heilung des Tetanus traumat.) Dr. R. Schwarz, Assistent der chirurgischen Klinik in Padua, beschreibt (C. f. Bact. 22. December 1891) einen Fall von Tetanus traumat., den er durch Behandlung mit dem von Prof. Tizzoni hergestellten Tetanus-Antitoxin geheilt hat. Nach 3 Injectionen von 15—25 cg des aus dem Blutserum eines gegen Tetanus sehr stark immun gemachten Hundes gewonnenen Antitoxins trat wesentliche Besserung der vorher sehr heftigen Trismus- und Tetanus-Erscheinungen ein. 5 Tage nach Beginn der Behandlung und nach im Ganzen 5 Injectionen war der Kranke geheilt. Schwarz erwähnt 3 weitere noch nicht veröffentlichte Fälle von schwerem Tetanus, die auf die gleiche Weise geheilt wurden; von diesen wurde einer von Dr. Gagliardi in Molinella, Prov. Bologna, einer im Hospital von Colle di Val d'Elsa (Toscana) und der 3. in der chirurgischen Klinik zu Innsbruck von Prof. Nicoladoni behandelt.

(Jodoformschwamm) empfiehlt C. Rettenheimer (Ihb. f. K. XXXII) bei flachen scrophulösen Hautgeschwüren, fungösen Geschwüren und Abscessen im Gesichte, zuweilen auch zur Ausfüllung von Eitergängen und Fisteln. Der Schwamm wird gehörig geklopft, bleibt 5 Tage in 5 Proc. Salzsäure, wird dann gewaschen und getrocknet und in 7½ Proc. Lösung von Jodoform in Aether gelegt, der Aether abgedampft, und nun der Schwamm in verschlossenen Gläsern aufbewahrt. Man wählt natürlich zarte Schwämme. Befestigt wird der Jodoformschwamm mittelst Heftpflaster.

(Frequenz der deutschen medicinischen Facultäten.)[1])

	Winter 1890/91			Sommer 1891			Winter 1891/92		
	Inländer	Ausländer	Sa.	Inländer	Ausländer	Summa	Inländer	Ausländer	Summa
Berlin	1014	383	1397	951	306	1257	1028	382	1410
Bonn	270	11	281	304	19	323	238	18	256
Breslau	297	6	303	339	5	344	301	5	306
Erlangen	147	242	389	135	211	346	143	201	344
Freiburg	93	218	311	79	288	367	91	213	304
Giessen	85	73	158	88	74	162	85	72	157
Göttingen	164	50	214	173	46	219	174	43	217
Greifswald	341	30	371	360	30	390	307	25	332
Halle	227	42	269	224	46	270	237	44	281
Heidelberg	100	199	299	79	239	318	81	164	245
Jena	66	148	214	53	161	214	57	158	215
Kiel	171	66	237	225	94	319	208	51	259
Königsberg	222	13	235	250	11	261	214	8	222
Leipzig	415	498	913	389	457	846	383	518	901
Marburg	201	41	242	231	45	276	211	47	258
München	489	568	1057	469	664	1133	484	597	1081
Rostock	56	80	136	47	81	128	49	90	139
Strassburg	121	208	329	110	227	337	128	228	356
Tübingen	122	114	236	109	156	265	118	112	230
Würzburg	169	738	907	142	652	794	153	610	763
Zusammen	4770	3728	8498	4757	3812	8569	4690	3586	8276

(Prüfungsergebnisse in Preussen) im Prüfungsjahre 1890/91:

	Bei den Prüfungs-Commissionen zu:										
	Berlin.	Bonn.	Breslau.	Göttingen.	Greifswald.	Halle.	Kiel.	Königsberg.	Marburg.	Münster.	Summa:
Doctoren u. Candidaten der Medicin										keine ärztl. Prüfungs-Commission.	
aus dem Vorjahre	81	10	31	8	35	20	6	7	45		213
neu eingetreten	149	95	32	43	78	68	88	58	9		620
zusammen	230	105	63	51	113	88	94	65	54		863
Davon bestanden:											
mit der Censur „genügend“	43	7	17	14	28	29	12	19	9		135
„ „ „ „gut“	105	69	21	19	57	33	72	34	22		432
„ „ „ „sehr gut“	—	6	2	2	5	3	3	1	8		30
zusammen	148	82	40	35	90	65	87	54	39		597
Nicht bestanden bzw. zurückgetreten	82	23	23	16	23	23	7	11	15		223

[1]) Nach amtlichen Verzeichnissen. Vergl. d. W. Nr. 25, 1891.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 5. Januar. Dem Bundesrath ist folgende Mittheilung des Reichskanzlers über die Commission für die Bearbeitung des deutschen Arzneibuchs zugegangen: Nach dem Beschluss des Bundesraths vom 17. Februar 1887 besteht die Commission für Bearbeitung des deutschen Arzneibuchs neben dem Vorsitzenden und denjenigen ausserordentlichen Mitgliedern des Gesundheitsamts, welche eine Stellung in der obersten Medicinalverwaltungsbehörde eines Bundesstaats einnehmen, aus weiteren, vom Reichskanzler zu ernennenden Mitgliedern, deren Zahl vorläufig auf zwölf bemessen ist. Demgemäss sind in die Commission berufen je zwei Kliniker, praktische Aerzte, Pharmakologen und Chemiker, drei Apotheker und ein Pharmakognost. Die bei den seitherigen Verhandlungen der Commission gesammelten Erfahrungen haben das Bedürfniss ergeben, ausser den angegebenen Vertretern bestimmter Fächer noch zwei Vertreter der bei der Fabrikation der Heilmittel betheiligten Grossindustriellen, sowie einen Vertreter der thierärztlichen Pharmakologie zuzuziehen. Es besteht daher die Absicht, für die mit dem nächsten Jahre beginnende neue Dienstperiode die Mitgliederzahl auf 15 zu erhöhen.

— Ein Pfälzer College schreibt uns: „Die „Chininfabrik Auerbach“ (Hessen) versendet an Aerzte ein Circular, worin sie denselben für Empfehlung ihres Eisenpeptonats 20 Proc. vom Nettopreis anbietet. Zu dem Zwecke liefert sie Postkarten, welche für jeden Arzt eine bestimmte Nummer tragen, so dass bei Bestellung mittels einer solchen Karte die Fabrik weiss, von welchem Arzt der Auftrag erfolgte. Sofortige Zahlung ohne weitere Umstände wird versprochen. Ein solches Verfahren ist energisch zurückzuweisen. Die Vorschrift der Apothekenordnung, dass „der Apotheker in keinerlei Form und unter keinerlei Vorwand irgend Geschenke an Aerzte machen“ darf, soll auch für den Fabrikanten gelten. Jedenfalls wird kein Arzt in der Auswahl von Arzneimitteln sich durch persönlichen Vortheil beeinflussen lassen.“

— In der Berliner thierärztlichen Wochenschrift sind vor einiger Zeit (1891. 29 und 33) Versuche über Rotzlymphe (Mallein) seitens der Herren Preuse und Heyne mitgetheilt worden, denen gerade mit Rücksicht auf die neuen Erfahrungen über Bacterienproteine ein allgemeineres Interesse zukommen dürfte. Die durch Uebergiessen von Kartoffel-Rotzkulturen mit Glycerin und Wasser gewonnene Impfflüssigkeit erzeugte bei künstlich inficirten Pferden nach wiederholter Impfung ein fast völliges Zurückgehen der Geschwüre und Knoten; bei rotzigen Pferden zeigten die älteren Knoten einen frischen hyperämischen Hof. Gesunde Pferde scheinen auf die Injection nicht — erkrankte mit Fieber zu reagiren. Berl. kl. W.

— In Leipzig ist mit Beginn des Jahres 1892 das Institut der Schulärzte zur Thatsache geworden. Auf je 3000—4000 Schulkinder entfällt ein Schularzt, der ein jährliches Honorar von 500 M. erhält.

— In Berlin hat die Influenza nach den vorliegenden statistischen Tabellen in der Woche vom 29. November bis 5. December v. Js. 88 Todesfälle verursacht, gegenüber 61 in der Vorwoche. Seit ihrem Wiederauftreten im November hat die Epidemie also bis zu jenem Zeitpunkte insgesammt 160 Opfer gefordert.

— Der Budapester Hygieniker Prof. Fodor constatirte, dass Budapest unter den Grossstädten Europas die grösste Sterblichkeit an Tuberculose habe, und zwar jährlich 590—600 Todesfälle auf 100.000 Einwohner (Wien 540—550, London 180—190 Todesfälle). Fodor erklärt diese traurige Erscheinung aus der mangelhaften Strassenpflasterung und der damit zusammenhängenden abnormen Staubentwicklung in Pest.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 50. Jahreswoche, vom 13. December bis 19. December 1891, die geringste Sterblichkeit Wiesbaden mit 11,1, die grösste Sterblichkeit Essen mit 54,4 (von 84 in Essen erfolgten Todesfällen waren 40 durch acute Erkrankungen der Athmungsorgane verursacht) Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Masern in Barmen, Braunschweig, Köln, an Scharlach in Plauen; an Diphtherie und Croup in Dresden, Duisburg, Frankfurt a. M., Frankfurt a. O., Fürth, Halle, Liegnitz, Lübeck, Mainz, Metz, Remscheid, Stuttgart.

— Am 23. v. M. haben im Crematorium zu Heidelberg die ersten Feuerbestattungen stattgefunden.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Privatdocent Dr. Strassmann wurde, bis zur Ernennung eines Nachfolgers für den verstorbenen Geheimrath Liman, mit der Wahrnehmung der Directionsgeschäfte am Institut für Staatsarzneikunde beauftragt. — **Greifswald.** Privatdocent Dr. Erich Peiper wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt. Peiper, der seine Studien als Schüler Landois' und Mosler's in Greifswald gemacht hat, ist daselbst seit 1884 Docent für innere Medicin. — **Halle a. S.** Geheimrath Prof. Dr. Alfred Graefe hat Krankheitshalber seine Entlassung von der Leitung der Universitäts-Augenklinik nachgesucht. — **Leipzig.** Unsere Universität ist den Bestrebungen derjenigen Damen, welche sich in Deutschland eine academische Bildung aneignen wollen, ein wenig entgegengekommen. Es dürfen an derselben gegenwärtig 20 Studentinnen, meistens Amerikanerinnen und Engländerinnen, den Vorlesungen der Professoren beiwohnen. Sie zahlen jedoch kein Honorar, müssen sich auch vorher den betreffenden Docenten vorstellen und um Eintrittserlaubniss zu den Collegien bitten. — **Marburg.** Privatdocent Dr. Franz Tuczek,

II. Arzt der Marburger Irrenheilanstalt, wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt.

Aberdeen. Dr. Fraser wurde zum Professor der Anatomie ernannt. — **Boston.** Dr. H. C. Ernst wurde zum ausserordentlichen Professor der Bacteriologie an der Havard-Universität ernannt. — **St. Petersburg.** Dr. Kossorotow wurde zum Privatdocent für gerichtliche Medicin ernannt. — **Wien.** Die laryngologische Universitäts-Klinik ist am 15. December in ihre neuen Räume im Allgemeinen Krankenhause übergesiedelt. Dieselbe verfügt über 20 Betten, einen Hörsaal und das an denselben sich anschliessende Ambulatorium. Für die Separation von Infectiösen ist gesorgt. Prof. Stoerk hat die Leitung der Klinik übernommen. In der letzten Sitzung des medicinischen Professoren-Collegiums ist beschlossen worden, dem Unterrichtsminister die Verleihung des Professorentitels an die Docenten Bergmeister (Augenheilkunde), Englisch (Chirurgie), Hochstetter (descriptive Anatomie) und Paltauf (pathologische Anatomie) vorzuschlagen. An der hiesigen Universität studiren gegenwärtig mehrere junge Damen als ausserordentliche Hörerinnen Medicin und Philologie. — **Zürich.** Prof. Ribbert in Bonn ist zum ordentlichen Professor der pathologischen Anatomie berufen worden, nachdem Prof. Klebs sein Lehramt niedergelegt hat.

(Todesfälle.) In Königsberg starb am 20. vor. Mts. der bekannte Laryngologe Privatdocent Dr. P. Michelson.

In Graz starb am 30. December v. Js. der Director des Krankenhauses Prof. Lipp.

In Paris starb am 30. December v. Js. der bekannte Chirurg Prof. Richet.

Personalnachrichten.

Bayern.

Auszeichnungen. Anlässlich des Neujahrsfestes hat Se. k. Hoh. der Prinz-Regent nachstehende Auszeichnungen verliehen: das Komthurkreuz des Verdienstordens der b. Krone: dem Präsidenten der k. Academie der Wissenschaften, Geheimen Rath Dr. v. Pettenkofer in München; das Ritterkreuz des Verdienstordens der b. Krone: dem Universitätsprofessor, Geh. Medicinalrath Dr. Winckel in München, dem Univ.-Professor Dr. Leube in Würzburg; den Verdienstorden vom hl. Michael 4. Cl.: dem Bezirksarzt Dr. Sauter in Wertingen, dem Landgerichtsarzt Dr. Fürst in Schweinfurth, dem Univ.-Professor Dr. Bollinger in München; den Titel und Rang eines k. Medicinalrathes: dem Hausarzte bei der Gefangenanstalt Amberg, Bezirksarzt I. Cl. Dr. Schmelcher, ferner den Bezirksärzten I. Cl. Dr. Brug in Freising und Dr. Fleischmann in Dillingen, dem Landgerichtsarzt Dr. Landgraf in Bayreuth; den Titel und Rang eines k. Hofrathes: dem Hofstabsarzt, Gefängnissarzt Dr. Martius in München, dem prakt. u. Kinderspitalarzt Dr. Lindemann in Augsburg, dem prakt. und Bahnarzt Dr. Näher in München; den Titel eines k. Geheimen Rathes: dem Univ.-Professor Dr. v. Rothmund in München. — Den Oberstabsärzten I. Cl. Dr. Gustav Baumann, Regimentsarzt im 13. Inf.-Reg. und Dr. Solbrig, Referent im Kriegsministerium wurde das Ritterkreuz I. Cl. des Militär-Verdienstordens verliehen.

Rangerhöhung. Dem Generalstabsarzt der Armee Dr. Ritter von Lotzbeck, Chef der Militär-Medicinal-Abtheilung im Kriegsministerium, wurde der Rang als Generallieutenant verliehen.

Niederlassungen. Dr. Friedrich Lacher, appr. 1886, Dr. Stanislaus Szuman, appr. 1889, beide in München; Anton Hohenberger, appr. 1891, zu Sommerach a./M., Bez.-A. Gerolzhofen; Gustav Baumgartner, appr. 1891, zu Volkach a./M.

Verzogen. Dr. Heinrich Völk von München nach Reichling bei Schongau.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 52. Jahreswoche vom 20. Dec. bis 26. Dec. 1891.

Betheil. Aerzte 320. — Brechdurchfall 19 (10*), Diphtherie, Croup 53 (61), Erysipelas 13 (14), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (3), Kindbettfieber 1 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 20 (32), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 2 (1), Parotitis epidemica 5 (10), Pneumonia crouposa 17 (17), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 23 (16), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 11 (27), Tussis convulsiva 31 (37), Typhus abdominalis — (—), Varicellen 37 (41), Variola — (—). Summa 235 (270). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 52. Jahreswoche vom 20. Dec. bis incl. 26. Dec. 1891.

Bevölkerungszahl 349,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (—), Scharlach 5 (2), Rothlauf 1 (1), Diphtherie und Croup 7 (8), Keuchhusten 2 (3), Unterleibstyphus — (1), Brechdurchfall 5 (1), Kindbettfieber 1 (—), Croupöse Lungenentzündung 2 (1), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 1 (1), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (4).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 167 (172), der Tagesdurchschnitt 23.9 (24.6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24.9 (25.6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 17.2 (16.3), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 16.0 (15.2).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

F. Buzzi, Medicamentöse Seifen. Hamburg, Voss.
S. L. Schenk, Grundriss der normalen Histologie des Menschen. II. Aufl. Wien, Urban & Schwarzenberg.
L. Rosenbach, Grundlagen, Aufgaben und Grenzen der Therapie. Ebend.
H. Cohn, Hygiene des Auges. I. Hälfte. Ebend.
Real-Encyclopädie der gesammten Pharmacie. Heft 136—140 (Schluss). Ebend.
Jos. v. Gerlach, Handbuch der speciellen Anatomie des Menschen. Oldenbourg, München. M. 20.
C. Laker, Heilerfolge der inneren Schleimhautmassage. Graz, Leuschner & Lubensky.
Mosetig-Moorhof, Kurze Darstellung der Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers. Wien, Deutike.
Krocker, Aufgaben und Ziele der Gesundheitspflege. Berlin, Gebr. Poetel.
Scheff, J., Handbuch der Zahnheilkunde. Liefrg. 12 u. 13. Wien. A. Hölder.
Glax u. Schwarz, Wintercurort und Seebad Abbazia. Braumüller, Wien.
Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens der Stadt Frankfurt. Jahrg. 1890. Frankfurt, Sauerländer.
Grätzer, 106 Typen von Kinderkrankheiten und angeborenen Missbildungen. Basel, Sallmann.
Hebra, Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten. Wien, Braumüller.
Goering, Lehrbuch für Krankenpflegerinnen. Bremen 1891.
Schauta, Ueber den Zusammenhang der Gynäkologie mit den übrigen Fächern der Gesammtmedicin. Wien 1891.
Sick, Die Koch'sche Tuberkulosebehandlung auf Grund von Beobachtungen in der evangelischen Diakonissenanstalt in Stuttgart. Stuttgart 1892.
Lesser, Atlas der gerichtlichen Medicin. II. Abtheil., 5. Lieferung. Breslau 1891.
Cloetta-Filehne, Lehrbuch der Arzneimittellehre. 7. Aufl. Mohr, Freiburg. M. 6.
Liébeault, A. A., Der künstliche Schlaf und die ihm ähnlichen Zustände. Uebersetzt von Dornblüth. Deuticke, Wien. M. 5.
Henneberg, R., Der Kafill-Desinfector. J. Springer, Berlin. M. 1.
Guttstadt, A., Deutschlands Gesundheitswesen. Bd. II. Thieme, Leipzig. M. 10.
Index-Catalogue of the library of the Surgeon-General's Office United States Army. Bd. XII. Reger-Shuttleworth.
Richter, Dental Kalender. V. Jahrg. Berlin 1892.
Sternberg, Hemmung, Ermüdung und Bahnung der Sehnenreflexe im Rückenmark. Mit 5 Tafeln. S.-A. Sitzungsber. d. k. Acad. d. Wiss. zu Wien, Wien 1891.
Kobert, Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat. Enke, Stuttgart 1891.
Breus, Das tuberöse subchotiale Hämatom der Decidua. Deuticke, Leipzig und Wien 1892.
Pasie, Enthüllungen über unser Apothekergewerbe für das Volk. Rethmeyers Verlag. Hannover 1891.
Behrens, Verhütung der Verbreitung der Tuberculose. Borgmeyer, Hildesheim 1891. Pr. 60 Pf.
Bresgen, Wann ist die Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase von Nutzen? Jungklaass, Wiesbaden 1891. Pr. 80 Pf.
— Ueber die Verwendung von Anilinfarbstoffen bei Nasen-, Hals- und Ohrenleiden. Jungklaass, Wiesbaden 1891. Pr. M. 1.20.
Nowack, Die Hypophrenischen Empyeme, Dresden S.-A. Schmidt's Jahrb. der ges. Med., Bd. CCXXXII.
Rochelt, Zur Frage der Prophylaxis der Tuberculose. S.-A. d. Intern. klin. Rundschau. Nr. 33 u. 34, 1891. Wien.
Sachs, Multiple Cerebro-Spinal Syphilis. S.-A. New-York, Med. J. 1891.
— Contributions to the Pathology of Infantile Cerebral Palsies. S.-A. New-York, Med. J. 1891.
Liebreich, Trional und Tetronal bei Geisteskranken. S.-A. Ther. Monatsh. 1891.
Hofmeier, Grundriss der Gynakologischen Operation, 2. verm. Aufl., Leipzig u. Wien, Deuticke, 1892.
Zarniko, Aspergillusmykose der Kieferhöhle. S.-A. d. D. Med. W. 1891, Nr. 44.
— Ueber den Einfluss des Tuberculins auf tuberculöse Mittelohrerkrankungen. S.-A. d. D. Med. W. 1891.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.